TOME II. — N° 3 OCTOBRE 1956

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA PERSONNALITE NEVROTIQUE ET PSYCHOTIQUE DU SCHIZOPHRENE

« D'une psycho-névrose d'Ecartèlement et d'Exil »

PAR

PAUL ABÉLY et CHANTAL RIVAILLE (Paris)

Préambule

La Démence précoce ou Schizophrénie demeure toujours la grande inconnue de la Psychiatrie. Chacun essaye de l'aborder par la voie particulière que lui inspirent ses propres tendances.

Que cette voie soit clinique, psychologique, psychanalytique, phénoménologique, typologique, thérapeutique, etc., elle reste toujours approximative et assez incertaine. Certains ont tenté d'isoler un symptôme qualifié par eux de prédominant, d'essentiel, de symptôme-clef, et d'en faire le *primum movens* du désordre mental. A la lecture de telles tentatives, on éprouve, certes, une griserie intellectuelle, mais pas une satisfaction médicale absolue. En réalité, il apparaît bien que cette dénomination de Démence précoce, d'Hébéphrénie ou de Schizophrénie englobe et masque des syndromes et des étiologies très disparates.

Il y a lieu d'espérer que l'avenir permettra d'aboutir à une

discrimination cohérente et scientifique. Il est probable que ce jour-là, nous serons nous-mêmes stupéfaits de nos errements, peut-être aussi de nos parti-pris, même de nos inconscients escamotages.

L'abus du terme de schizophrénie, sa tendance phagocytaire qui absorbe la plupart des syndromes délirants, tend à faire dériver l'intuition observatrice et même parfois à faciliter une certaine hâte dans l'examen clinique.

Quand on lit et relit les innombrables ouvrages souvent très divergents qu'a inspirés cette actuelle entité nosographique, en compulsant des observations recueillies et rédigées à la faveur des orientations personnelles, on aboutit en général à une pesante perplexité.

L'un de nous garde ainsi le souvenir de la lecture de tel très intéressant ouvrage, consacré à l'étude d'un cas unique suivi patiemment, héroïquement, pourrait-on dire, pendant de nombreuses années. Dans la dernière partie de ce volume, à la page 205, on remarque ces quelques lignes, qui disent textuellement : « La chance, en quelque sorte, me servit du fait que la malade souffrait d'une douloureuse pyélo-néphrite nécessitant des injections calmantes. Et plutôt que de laisser ce travail à l'infirmière, je me mis moi-même à faire l'injection. » Lignes bien courtes certes, mais qui inspirent tout de même quelque méditation à un esprit médical « tendancieux », surtout quand celui-ci croit pouvoir établir un rapprochement entre le moment où l'on a effectivement traité cette pyélo-néphrite et celui du début de l'amélioration rapide de la malade. Coïncidence ?

L'un de nous conserve aussi dans sa mémoire, le cas parmi d'autres, d'un schizophrène, au passé pulmonaire, qu'il avait eu l'occasion d'examiner assez longuement au cours d'une expertise. Le diagnostic ne faisait aucun doute. Aussi fut-il agréablement surpris d'apprendre qu'un traitement psychothérapique avait heureusement transformé l'intéressé et cette transformation motiva même une deuxième expertise qui le fit revoir.

Ce nouvel examen montrait en effet un sujet en bonne rémission relative, en ce sens qu'il avait récupéré une grande partie de son sens social, que les symptômes que l'on pourrait qualifier de secondaires, de réactionnels, avaient disparu, mais le fond psychotique, le noyau de départ se révélait inchangé à un examen approfondi.

On avait omis de signaler que ce succès psychothérapeutique avait été précédé d'une cure de Sakel (pour autant que nous nous souvenions) et surtout d'une *poussée hyperfébrile d'érythème*

noueux (accident allergique que nous avons souvent constaté au départ de remarquables rémissions). Coïncidence ?

Préoccupés par toutes ces considérations préalables, c'est donc avec une grande prudence que nous nous engageons aujourd'hui dans ce labyrinthe. L'eau que nous y apportons ne jaillit pas d'ailleurs d'une source nouvelle. Elle a déjà été entrevue par d'autres. Cependant, sans que nous ayons eu, au début, connaissance de quelques travaux voisins et d'ailleurs limités, notre attention fut peu à peu fixée, à mesure que nous regardions vivre la plupart des malades étiquetés schizophrènes de notre service. C'est ce contrôle quotidien qui nous a permis de faire d'une façon assez constante et prolongée diverses constatations que nous estimons pouvoir exposer.

Nous avons été frappés en effet de retrouver, chez beaucoup de ces sujets et *à n'importe quelle période de leur maladie,* les signes d'un terrain névrotique ou psychotique particulier, *souvent héréditaire,* sur lequel pouvait s'être greffé la psychose à la faveur d'autres circonstances nouvelles : psychologiques, médicales, biologiques.

Certes, on a le droit de nous objecter, et cette éventualité est possible, que ces symptômes névrotiques ont été créés par le syndrome actuel et font partie intégrante de celui-ci.

Cependant, il est troublant de les retrouver, non seulement bien avant l'éclosion de la maladie, mais aussi au cours de rémissions qualifiées de solides.

La différenciation que nous faisons entre personnalité névrotique et personnalité psychotique est, elle aussi, discutable. Nous aurions quelque tendance à supprimer la seconde si nous ne ressentions quelque hésitation à choquer des opinions assez divergentes à ce sujet. Certains, en effet, voient peu d'écart entre les névroses et les troubles caractériels, ils parlent même de caractères névrotiques ou de névroses de caractère, d'autres à l'opposé tiennent à les séparer.

C'est donc un peu artificiellement que sous le terme de personnalité psychotique nous envisagerons des tendances de type paranoïaque, de type asociable, de type jaloux, etc...

La personnalité névrotique du schizophrène

De nombreux psychiatres ont retenu que le syndrome hébéphrénique pouvait prendre dans sa forme de début le type hystéroïde, surtout chez les sujets du sexe féminin.

Si l'on fouille en effet l'anamnèse de tels malades, on retrouve dans un passé immédiat ou lointain : de l'instabilité de l'humeur, des phases d'anorexie, un caractère de petite hostilité boudeuse, des tendances mythomaniaques, des crises névropathiques mal définies, des périodes d'hypochondrie immotivée, des éléments passionnels rapidement éteints ; on retient assez souvent la notion d'un amour déçu, d'une ambition contrariée, le reliquat d'un traumatisme sexuel, des bouffées mystiques assez paradoxales, une vanité constante mais camouflée. Souvent les préoccupations érotiques dominent la pensée et troublent le comportement avec un mélange d'impulsion, d'appréhension, de théâtralisme ou de fuite.

La famille signale d'autres fois du somnambulisme, des manifestations obsessionnelles ou phobiques, quelquefois de véritables bouffées paroxystiques d'angoisse surtout nocturne.

Elle s'accorde pour préciser que tous ces troubles mineurs ont débuté en général aux alentours de la puberté. Dans la grande majorité des cas, on retrouve dans l'hérédité directe des manifestations névropathiques assez voisines sinon identiques. Nous savons tous, par la pratique quotidienne (comme le signalait très justement P. Sivadon, dans une intéressante communication à la Société médico-psychologique, séance du 28 novembre 1955), que parmi les parents de nos malades, ceux des déments précoces, sont de beaucoup les plus difficiles à manier et qu'on y rencontre fréquemment de purs névrosés ; que trop souvent nos schizophrènes ont vécu leur enfance dans une ambiance plus ou moins morbide.

Tel était pratiquement le terrain dans la phase prodromique de la psychose. A cette prédisposition, devaient s'ajouter, alors, des éléments nouveaux que nous envisagerons plus loin.

Mais si les auteurs sont à peu près d'accord pour signaler ces symptômes de début, la plupart considèrent qu'ils disparaissent à la période d'état. Telle n'est pas notre opinion. Car si l'on veut se donner la peine de les dépister patiemment au jour le jour, on constate alors qu'ils sont toujours présents, même après une longue évolution. Ils sont évidemment noyés dans la masse symptômatique de l'ensemble, mais on peut arriver à les faire à nouveau émerger, à les dissocier du tableau clinique global.

C'est d'ailleurs souvent d'une façon épisodique qu'on isole ce substratum névrotique. Certaines de ces manifestations se rapprochent assez de celles de l'hystérie : tics, tremblements, attitudes contemplatives ou extatiques, spasmes viscéraux, vomis-

sements incoercibles, troubles vaso-moteurs et sécrétoires, mimétisme affectif, suggestibilité ; quelquefois, mais exceptionnellement, pseudo-parésies fugaces, réactions émotives anarchiques parfois d'une extrême intensité, étrange fixité du regard, contractures, pseudo-apraxie de la station debout, de la marche, des gestes essentiels, sans substratum neurologique décelable (et à différencier naturellement des phénomènes de négativisme ou de barrage). Comme dans l'hystérie : immaturité et régression affective. Si l'on ajoute à cet ensemble des guérisons ou tout au moins des rémissions brusques, inexpliquées ou provoquées par un danger vital ou un violent choc affectif, on a quelque droit d'émettre l'hypothèse de quelque ressemblance avec cette névrose de conversion qu'est l'hystérie.

D'autres fois, on isole une véritable névrose obsessionnelle pour certains gestes, pour certains visages, pour certains actes habituels de la vie quotidienne, pour certaine nourriture, une névrose hypochondriaque transitoire. Il arrive qu'une névrose sexuelle se découvre ou se libère (agressivité homosexuelle sur d'autres malades ou excentricités érotiques au cours d'une permission). Chez le même sujet, ces manifestations névropathiques peuvent changer au cours de l'évolution, mais *la personnalité névropathique reste toujours présente.*

Cette variabilité dans la présentation névrotique n'a rien de contradictoire. Comme tente de le montrer P. Lôo dans un récent mémoire des *Annales médico-psychologiques,* riche de nombreuses observations (numéro de juillet 1956 : *la Personnalité névropathique,* est une, mais, selon les circonstances, elle peut se manifester sous les formes les plus variées. Freud n'écrivait-il pas lui-même en 1908 : « L'hystérie ne constitue qu'une des faces, l'un des aspects des névroses complexes, et ne peut être décélée et traitée comme une névrose isolée que dans certains cas limités... l'hystérie n'est le plus souvent qu'une des composantes de quelque névrose mixte et le cas rappelle celui d'une infection par association microbienne où la conservation de la vie se présente comme une lutte contre l'action non d'un seul mais de plusieurs agents nocifs. » Nous verrons au cours de ce mémoire combien cette conception peut tout particulièrement s'adapter à la schizophrénie et nous pensons qu'il y aura tout un chapitre à reprendre à propos des rapports de la psychasthénie, de l'hystérie et de la schizophrénie.

Il est enfin une forme assez courante de névrose que l'on retrouve chez les schizophrènes : la névrose spasmophilique. La fréquence du signe de Chvostek, que l'on rencontre chez eux,

comme d'ailleurs chez beaucoup d'hystériques, montre la mauvaise fixation des ions calcium au niveau des centres neuromusculaires et hypothalamiques. Elle se caractérise par des bouffées d'angoisse anidéique, par des phénomènes tétaniques transitoires, des troubles caractériels, de l'agitation impulsive.

On rencontre enfin chez ces mêmes sujets des troubles de la sensibilité à la douleur assez spéciaux : tantôt le sujet extériorise une nette hypoesthésie, tantôt à l'opposé une hyperesthésie excessive. Telle cette schizophrène qui, butant légèrement contre une pierre en se promenant dans la cour, fait aussitôt une crise névropathique avec état syncopal, puis intenses tremblements généralisés qui durèrent pendant plus d'une demi-heure (son pied d'ailleurs protégé par une sandale avait été à peine meurtri).

C'est au chapitre consacré à la personnalité psychotique des schizophrènes que nous envisagerons les formes très particulières de « l'érotomanie » de ces déments précoces. Cette érotomanie bien spéciale est cependant doublement teintée à la fois de la couleur névrotique et de la couleur psychotique.

Nous ne voulons pas alourdir ce mémoire par les observations des nombreux cas que nous avons pu ainsi observer. Nous en citerons seulement deux :

Observation I. — Mme G..., 30 ans.

Une de ses sœurs s'est suicidée pour des motifs mal précisés (mauvaise entente conjugale, dit-on).

Elle-même a présenté, depuis l'adolescence, une humeur peu expansive et sans gaieté, de l'anxiété, des crises de larmes immotivées, de l'agoraphobie, des tremblements intermittents. Elle est atteinte d'une amyotrophie congénitale du membre supérieur gauche, petite infirmité qui entretient chez elle un sentiment de dévalorisation. D'intelligence moyenne, sans débilité mentale, elle fit des études primaires normales et entreprit ensuite le métier de blanchisseuse. Elle fut tardivement réglée à 16 ans. Mariée en 1948, à 23 ans, elle eut deux grossesses normales en 1949 et 1953. Dans son ménage, ses tendances névropathiques s'accentuaient, elle devenait nosophobique, refusait de sortir et se montrait fortement jalouse à l'égard de son mari. Entre celui-ci et la mère de la malade, elle-même un peu nerveuse, survinrent d'assez violentes disputes qui accentuèrent le déséquilibre de la malade. Elle devint insomniaque, se plaignant de céphalées, de douleurs précordiales, de constriction thoracique, et elle commença à présenter des crises névropathiques violentes d'allure hystérique. Il y a deux ans elle fut atteinte d'une dépression mélancolique assez importante pour justifier une hospitalisation. Puis les choses s'accentuèrent, l'apathie devint prédominante. Dans les deux premiers trimestres de 1955, elle

dut faire deux séjours à l'hôpital Henri-Rousselle. A sa dernière sortie, le mari l'abandonna. Alors s'installa une psychose réactionnelle grave avec impulsions au suicide qui motivèrent son entrée dans notre service. On se trouve, à son arrivée, devant un sujet d'aspect déprimé, asthénique, mais sans idées délirantes de la série mélancolique. Le contact est mauvais, l'humeur boudeuse, hargneuse. La calcémie à 0,078 indique une déficience du calcium du sang, le métabolisme basal, nettement abaissé, est de moins 27,3, le taux des hormones corticostéroïdes révèle un excès des 17-cétostéroïdes (12,6) et un taux insuffisant des 11-oxycostéroïdes (0,26).

L'intéressée est mise aux extraits thyroïdiens et au calcium intraveineux. Elle s'améliore rapidement, la calcémie remontant à 0,120, le métabolisme basal à moins 13.

Cette amélioration est cependant transitoire et bientôt la malade tombe dans un état d'inertie, d'hostilité et de mutisme. L'inaction est totale, elle demeure dans son lit et tourne le dos au médecin lors de la visite. C'est alors qu'apparaissent des crises destructives ; elle dilacère ses draps, ses sous-vêtements et en général tout ce qui lui tombe sous la main. Quelques électrochocs demeurent sans effet. On soumet la dame G... à un électro-encéphalogramme qui donne les indications suivantes : « Tracé globalement dysrythmique, le tracé de repos montre un rythme alpha plat et labile de 12 c./s. entrecoupé de potentiels thêta de 6 c./s. L'hyperpnée augmente la proportion des fréquences thêta et leur amplitude. La répétition de l'épreuve fait apparaître une asymétrie avec prédominance gauche des potentiels lents. La stimulation lumineuse intermittente ne modifie pas sensiblement le tracé. Il est très difficile de rattacher cette dysrythmie à une étiologie déterminée chez cette malade : en effet elle peut être rattachée aussi bien à une *structure névrotique*, qu'à *un syndrome psychotique*. »

A retenir que les anomalies dysrythmiques prédominent du même côté que l'atrophie du membre supérieur.

La malade prend de plus en plus des allures schizophréniques avec des périodes de catatonie, de négativisme ; la dilacération prend une allure de plus en plus stéréotypée et anidéique, l'inaction est totale. Un deuxième électro-encéphalogramme pratiqué, celui-là deux mois plus tard et loin de tout électrochoc, apporte les mêmes données : « Le tracé a les mêmes caractères que le précédent, globalement dysrythmique, avec fortes proportions de fréquences thêta diffuses. »

Les impulsions s'accentuant, ainsi que l'opposition, l'hostilité, le mutisme et l'apragmatisme, on décide de soumettre la malade à une cure de Sakel. Elle supporte parfaitement 35 comas hypoglycémiques et, à la fin du traitement, elle se montre remarquablement améliorée. Le mieux s'accentue de jour en jour. L'intéressée devient sociable, enjouée, aimable, travailleuse. Après deux mois d'épreuve concluante, la sortie est envisagée. Mais alors surviennent quelques complications à propos de l'attribution des enfants à chacun des deux époux séparés et de la

garde de l'un d'eux par la grand-mère. On s'aperçoit que, sous ses airs doucereux et asthéniques, la malade est très autoritaire. Elle entend dicter sa volonté à sa mère. Celle-ci, un jour, regimbe au parloir. Une heure après on assiste à une crise pithiatique des plus caractérisées et dès le lendemain matin recommencent les dilacérations de draps et de chemises.

De fortes doses de largactil la calment, mais elle demeure hostile et l'on a l'impression qu'elle risque de retomber tôt ou tard dans sa stupeur catatonique.

Voici donc une jeune femme, atteinte de discrètes dystrophies congénitales qui, dès l'adolescence, a extériorisé des symptômes intriqués de névrose hystérique et spasmophilique et qui peu à peu, à la suite d'un stress physiologique (grossesse et accouchement), suivi un peu plus tard d'un stress psychologique (abandon du mari), a sombré dans la schizophrénie. Une cure de Sakel aboutit à une nette rémission de cette dernière, mais le terrain névropathique persiste et réapparaît dans toute sa pureté.

Observation II. — Mlle M... avait 18 ans lorsqu'elle entra dans le service en août 1953. Les troubles avaient débuté trois mois plus tôt.

Elle était très jeune quand elle perdit sa mère d'une méningite (?) à 32 ans. Son père mourut aussi précocement de lithiase rénale. Elle fut en grande partie élevée par ses frères et sœurs plus âgés. Une de ses sœurs présenta, il y a trois ans, un accès qualifié de neurasthénique assez rapidement dissipé.

Orpheline à 5 ans, cahotée de droite et de gauche, toujours fragile et anémiée, elle fit peu d'études, quoique intelligente, et obtint cependant son certificat d'études et un diplôme de sténo-dactylo. Elle résidait et travaillait au Maroc. Elle y fut atteinte de paludisme grave, qui est cliniquement et bactériologiquement guéri depuis 1950, mais qui lui laissa une assez grande fragilité hépatique. Depuis la puberté elle était, selon l'expression d'un de ses frères, « refoulée ». Elle était surtout obsédée, craintive, émotive, scrupuleuse, faisant de perpétuels examens de conscience. Elle vivait, cependant, sans histoire, entourée de l'affection de ses aînés.

Au début de mars 1953, elle fut licenciée de son emploi. Presque aussitôt elle se mit à sangloter à longueur de journée et à ne plus manger. Quelques jours plus tard, elle extériorisa une crise nerveuse violente avec cris et agitation désordonnée d'allure pithiatique. Puis elle se mit à *être hallucinée*, à se plaindre de transformations corporelles. Elle fut alors examinée par un psychiatre de Meknès, le Docteur V..., qui la traita par électro-narcose avec un résultat temporaire. Le spécialiste précisa à la famille qu'il craignait surtout une évolution de démence précoce. C'est alors qu'un de ses frères, résidant

à Paris, vint la chercher et la ramena dans la capitale. Elle entra peu après à Sainte-Anne. Elle y arriva dans un état de stupeur catatonique, le regard fixe et étrangement brillant, dans le mutisme le plus complet, légèrement hyperfébrile.

Les contrôles biologiques furent tous négatifs, le métabolisme basal de moins 11,3, était légèrement diminué. Nous apprîmes qu'elle avait eu une primo-infection sans gravité à l'âge de 13 ans et qu'elle avait été réglée à 15 ans, toujours assez bien depuis.

La stupeur se dissipa peu à peu pour mettre à jour une grande richesse hallucinatoire, un sentiment d'étrangeté et de morbidité, un mauvais contact, de gros troubles du cours de la pensée, des barrages, des stéréotypies, une extrême instabilité neuro-végétative avec crises de tachycardie paroxystique (l'électro-cardiogramme était normal). Toute la gamme des thérapeutiques classiques fut appliquée : pyrétothérapie, cure de Sakel, salicylate de soude intraveineux, injections intracérébrales d'acétylcholine en solution aqueuse (type Protensyl). Cette petite intervention, accompagnée de radiographies de contrôle, montra une certaine asymétrie ventriculaire et une assez nette hypertension liquidienne du ventricule latéral droit. L'intéressée porte d'ailleurs de discrètes dystrophies et possède un type infantile assez accentué.

Tous ces traitements, surtout le dernier, provoquèrent de nettes rémissions de durée variable.

Mais alors et chaque fois émergeaient des manifestations névropathiques importantes à prédominance hystéroïde : vomissements incoercibles, bouffées d'angoisse intense, atroces hurlements à la seule vue d'un appareil à électrochocs (qui ne lui était d'ailleurs pas destiné), brillant et fixité étranges du regard. Tous ces phénomènes disparaissaient lorsque la rechute psychopathique survenait.

A notre demande, et sur le désir d'un frère particulièrement dévoué, la malade fut montrée à un psychiatre parisien particulièrement compétent en matière de schizophrénie. Il la vit une première fois en période de rémission relative et demeura hésitant, puis une seconde fois en période de grande agitation catatonique. Nos opinions alors se rejoignirent.

Il y a quelques mois, l'intéressée fut soumise à une cure complète de chlorpromazine associée au gynoestryl. A nouveau la rémission survint, mais alors plus complète, plus solide, et les phénomènes névrotiques furent nettement mineurs, quoiqu'encore présents. Il est vrai qu'à la thérapeutique biologique vient de s'ajouter un appoint psychologique particulièrement important : l'arrivée définitive à Paris de ses sœurs qui quittent le Maroc. La sortie va être tentée après trois ans d'efforts.

Cette deuxième observation, assez semblable à la première, est cependant relativement inversée par rapport à l'autre.

Chez Mme G..., les réactions pithiatiques étaient évidentes avant la psychose.

Chez Mlle M..., la révélation névrotique a été nette presque en même temps que les symptômes psychopathiques.

A propos de ces deux cas et à propos de plusieurs autres identiques, la famille insistait sur le fait que, jusqu'à la puberté, l'enfant avait eu un comportement social normal ; qu'il était expansif, adapté, joyeux, facile. Mais qu'à partir de cette époque son attitude s'était sensiblement modifiée. Il était devenu plus renfermé, plus rêveur, plus nerveux, sans cependant apparaître comme inquiétant. Ce n'est que quelques années plus tard (toujours d'après les dires de la famille) que cette façon d'être s'était accentuée au point de devenir préoccupante. Incontestablement, l'enfant accorde peu d'attention jusqu'à la puberté à son entourage social, il vit surtout dans l'ambiance familiale, un peu plus tard dans la première ambiance scolaire, mais il est surtout animé par son élan biologique. Il accorde au décor extérieur une attention de jeu (à moins naturellement de conflits parentaux graves dont il subit, sans bien les saisir, les répercussions personnelles). L'affectivité ne commence vraiment à s'installer d'une façon cohérente qu'à la puberté ; encore passe-t-elle par une crise transitoire d'équilibration et d'orientation. Un peu plus tard se situera la crise de l'adolescence. C'est pendant celle-ci que pourra s'installer la personnalité psychotique.

La personnalité psychotique du schizophrène

Nous *répétons que ce terme de personnalité psychotique ne nous satisfait pas et que nous aurions préféré utiliser celui de personnalité caractérielle.* Si nous y avons renoncé, c'est qu'il nous semble que cette deuxième face de la personnalité schizophrénique joue un rôle plus dynamique que la première dans l'éclosion de la psychose et aussi dans sa forme ; qu'elle est plus psychogénétique que la première. Certes les deux se combinent pour former une totalité symptomatique, mais avec une contribution différente ; *l'une étant plus prédisposante, plus favorisante ; l'autre plus déterminante.*

Quand on observe la démarche d'un schizophrène, qui ne se sait pas épié, on est frappé par son *attitude guindée* associée à une certaine ébauche de bravade, de défi, de fierté un peu agressive. Cela se voit encore mieux quand on croise ou qu'on aperçoit dans la rue un tel malade rentrant par exemple de

permission. Cette attitude rappelle un peu celle du soldat prisonnier : harassé, exténué, qui se redresse cependant et tente encore de bomber la poitrine quand il défile devant la population ennemie qui le dévisage. Quand il ne le fuit pas, le schizophrène brave le regard d'autrui. Quand on l'aborde quotidiennement, on ne tarde pas aussi à démasquer *sa susceptibilité à fleur de peau,* et, sous sa bizarre ironie, une grimaçante amertume. Le schizophrène a l'impression qu'il est un raté, mais sa fierté se cabre et se durcit contre cette éventualité. Chez lui, en effet, s'agitent, sous une inertie trompeuse, des sentiments d'orgueil, d'impatience, d'agacement et de rébellion ; sentiments que l'on peut parfois mettre en évidence chez les sujets les plus avancés dans leur psychose.

On découvre aussi *sa méfiance instinctive,* souvent une jalousie morbide élective, un état habituel d'auto-défense et de raideur, si bien qu'on est en droit de se demander s'il ne tente pas plus ou moins volontairement de diminuer le contact avec son interlocuteur, de s'y dérober autant par son opposition que par son langage hermétique. Peut-être même que sa mauvaise adhésion au réel est autant une rupture qu'une inadaptation. Dans ses gestes, dans ses mouvements stéréotypés d'agacement, dans son comportement symbolique, on a parfois l'impression d'assister au déroulement d'une lutte contre lui-même, contre sa propre image, tel ce malade qui, après s'être complaisamment examiné dans un miroir, cela avec quelque minauderie, brise brusquement la glace avec colère.

Le schizophrène, lorsqu'il tente de délirer contre autrui, le fait en général sans persévérance *réelle,* sans cohérence, avec quelque incertitude, et il est incapable de construire un thème délirant organisé. Il oscille ainsi d'un bouc émissaire à un autre, comme s'il sentait qu'en vérité tout le problème est en lui-même. La forme paranoïde de ce syndrome en montre des exemples probants. Il est à supposer que le schizophrène, se sentant dysharmonique dans sa personnalité actuelle, dans celle de son âge, tente de la faire reculer dans le temps ou de la modifier ? Son ambivalence, elle-même, est faite du conflit entre son besoin d'exister et le frein mystérieux qui le bloque. C'est pourquoi nous croyons pouvoir employer à son sujet le terme « d'écartelé » et « d'exilé » dans le monde. Cet écartèlement provenant, croyons-nous, de l'opposition entre sa personnalité névrotique et sa personnalité psychotique. Nous essayerons plus loin de développer cette théorie et de rechercher le troisième facteur apte à dissocier ces deux personnalités auparavant en bonne entente relative.

Il est probable que cet « écartèlement » est générateur d'angoisse, laquelle à son tour déclenche, comme le suppose très justement H. Steck, des attitudes de compensation et des tentatives de rééquilibre, telle celle exprimée par le comportement ironique, fait surtout de raillerie et d'amertume. Le sarcasme de ces rires explosifs, qui ressemblent si peu au rire humain, démasque toute cette atmosphère de drame qui se joue dans l'esprit du sujet, et qui évoque ces masques grimaçants du théâtre antique qui camouflaient le vrai visage. Est-ce là une attitude de jeu ou de délire ? N'est-ce pas plutôt une attitude de dérobade, de dérision vis-à-vis de l'interlocuteur réel ou imaginé qui essaye de violenter son mystère ? Parmi plusieurs hypothèses, explicatives, H. Steck en exprime une qui retient tout particulièrement notre attention : « Il nous paraît évident, écrit-il, que l'attitude ironique du schizophrène est un acte compensateur au même titre que la création délirante, une forme de réaction contre la maladie, une manière de se créer de nouveau une position de *supériorité*, de *domination* vis-à-vis de toutes les conséquences de l'affection mentale. »

Si l'on serre d'un peu plus le problème, si l'on regroupe quelques termes dominants, épars parmi ces essais analytiques et descriptifs, on parvient à énoncer la gamme des mots suivants : attitude guindée, ébauche de bravade, de défi, fierté agressive, susceptibilité, méfiance, rébellion, rigidité mentale, tendances jalouses (ou envieuses), dérobade, amertume, sarcasme ; position de supériorité, de domination, insociabilité, fausseté du jugement, etc..., et en rassemblant tous ces qualificatifs, on est progressivement amené à évoquer les composantes du *caractère paranoïaque*. Alors qu'il est assez facile de retrouver dans le passé de nos schizophrènes sa personnalité névrotique (hystéroïde en particulier), il est plus malaisé de découvrir son type caractériel antérieur. Des tendances paranoïaques discrètes n'attirent pas toujours l'attention de l'entourage, surtout de l'entourage familial. Il est parfois plus indiqué de se renseigner sur la vie scolaire ou professionnelle ou conjugale : on apprend qu'il s'agissait en général de sujets têtus, butés, peu disciplinés, souvent passionnés, assez versatiles, exigeants dans leurs amitiés, orgueilleux, acceptant très mal l'échec quel qu'il soit. Certes, ils n'avaient pas toujours l'hypersthénie habituelle du paranoïaque, ni sa faconde, ni son dynamisme. Ils étaient plutôt renfermés, ombrageux, d'une timidité guindée (comme on le remarque parfois chez des psychasthéniques en même temps paranoïaques. Car ces deux types névrotiques ne s'excluent pas). Travailleurs

souvent méticuleux, ils avaient cependant parfois un mauvais rendement, aussi bien à l'école, au lycée, qu'à l'atelier, précisément à cause de cette minutie et d'une *fatigabilité rapide*. Tels furent les quelques renseignements assez diffus que nous pûmes recueillir.

Tous ces sujets « tenaient » cependant assez bien jusqu'à l'épreuve décisive, *jusqu'à l'épreuve de l'échec :* échec dans les examens, échec sentimental, échec dans la vie conjugale (mariage qui se révèle malheureux), échec dans la vie militaire, échec des ambitions, échec dans l'état physique (fléchissement de la santé, maladies graves), échec dans la vie matérielle et familiale (déboires financiers, deuils, abandons), échec dans les rivalités ou les comparaisons (succès intellectuels, professionnels ou sentimentaux des frères ou sœurs). C'est alors que commence à apparaître le désarroi, l'amertume et « l'écartèlement » entre la personnalité névrotique qui tend à l'abandon et la personnalité psychotique qui incite à la lutte contre le destin. Le compromis se réalise dans la psychose et c'est à partir de ce moment-là que les tendances paranoïaques vont apparaître, mais aussi se défigurer dans le complexe morbide, lequel prend alors son type clinique si particulier, si discordant.

Lorsque l'anamnèse n'avait pas permis de découvrir avant la maladie cette personnalité psychotique (comme pour la personnalité névrotique), elle apparaît clairement dans les phases de rémission, comme si le grand épisode psychopathique l'avait à la fois révélée et amplifiée. Elle s'estompe en revanche dans la période terminale de la maladie, comme si le sujet alors vaincu et subissant passivement sa défaite mettait bas les armes et se réfugiait dans la neutre régression de l'enfance, avec sa somnolence et ses brusques caprices impulsifs.

Ainsi que l'écrit H. Baruk, les fausses schizophrénies qu'on avait tout d'abord étiquetées : vraies, peuplent souvent les souvenirs d'une longue carrière psychiatrique. Il est d'autres schizophrénies que l'on pourrait à la rigueur qualifier de « symptômatiques » en ce sens qu'elles extériorisent à peu de chose près le tableau clinique des hébéphrénies authentiques et qu'elles guérissent facilement grâce à une thérapeutique appropriée ; nous voulons parler des pseudo-schizophrénies du post-partum ou de post-abortum.

Les psychoses puerpérales ou abortives affectent les types psychiatriques les plus variés et ce type est directement conditionné par la personnalité même du sujet. Cette constatation se contrôle d'autant mieux que si une même parturiente est atteinte

au cours de sa vie et à d'assez longs intervalles d'un désordre mental consécutif à un nouvel accouchement ou à un avortement, chaque fois le syndrome affecte la même forme clinique. La forme pseudo-schizophrénique mérite une attention particulière en raison même de l'orientation de ce travail. En effet, chez ces malades, on retrouve avant et après la guérison la personnalité névrotique et psychotique que nous avons signalée dans les pages antérieures : même type hystéroïde, même type paranoïaque associé, même conflit, même écartèlement de tendances. Mais ici la cause déclenchante est évidente ; « l'échec », si l'on ose employer en un tel cas ce terme, est un *échec physiologique* de réorganisation neuro-endocrinienne, lié en général à un déséquilibre hypophyso-hypothalamique préexistant, à une mauvaise adaptation constitutionnelle devant le stress obstétrical.

Si l'on guérit cette maladie de réadaptation (contrôlable par exemple par les tests de Thorn et par des dosages hormonaux) et que l'édifice schizophrénique qui s'ébauchait s'effondre, l'on retrouve le sujet mentalement rétabli, mais conservant sa personnalité antérieure « schizogène » névrotique et psychotique.

Autrefois, de telles malades sombraient à peu près toutes dans la démence précoce chronique, aujourd'hui, en traitant « *l'échec physiologique* », on les sauve aisément, dans la plus grande majorité, de cette terrible menace. Cette constatation nous semble mériter certaines méditations.

Observations illustrant ce deuxième chapitre

Observation I. — Jean M... est actuellement âgé de 27 ans. On peut situer d'une façon assez précise le début de ses troubles mentaux, à la fin de 1945. Il y a donc plus de dix ans. Dès son enfance, il s'est manifesté de caractère autoritaire, indépendant, indiscipliné. Il imposait sa volonté à son frère de deux ans son aîné, ce dernier étant d'humeur plus douce et plus docile. L'un et l'autre étaient d'intelligence vive et poursuivaient leurs études secondaires avec assiduité et succès.

A retenir que le père, important industriel de la région de l'Est, se reconnaît lui aussi de caractère assez autoritaire. C'est un homme actif, énergique, ainsi que le montre sa brillante réussite.

Quand la guerre survint, en 1939, Jean et son frère s'installèrent avec leur mère dans un département méridional, où la famille possédait un immeuble et une exploitation agricole. La maman, elle aussi, très intelligente et très affective, les dirigea pour le mieux au cours de cette longue séparation, loin du chef du foyer, et qui dura plus de 5 ans. Ils fréquentèrent tous les deux le collège local toujours avec les mêmes succès.

Le caractère de Jean s'affirma de plus en plus et ce jeune adolescent commença peu à peu à jouer au chef de famille, allant jusqu'à régenter l'exploitation agricole. Lors des rares fois où son père, resté dans le Nord, venait faire une brève et périlleuse apparition, il en montrait quelque humeur, et quelque amertume. Une sorte de sentiment de jalousie semblait même s'ébaucher.

Ainsi allèrent les choses jusqu'en juillet 1945. La guerre était terminée. L'aîné venait de terminer ses deux baccalauréats et le père décida de faire revenir tout son monde au bercail. Jean envisagea ce retour avec hargne. Il se sentait dépossédé, détrôné, et à plusieurs reprises on l'entendit murmurer : « J'ai fini d'être le maître. » Il avait alors 16 ans. Ce fut son premier « échec », son premier stress. A celui-ci devait s'ajouter, quelques semaines plus tard, toute une série « d'échecs » physiologiques graves.

En effet, à peine revenu dans son pays natal et dans des conditions précaires, dues à la fois à la dévastation locale et à un brusque changement de climat, il contracta, successivement, une paratyphoïde, puis une angine sérieuse, enfin une pneumonie compliquée d'ostéite des os de la main (ostéite vraisemblablement tuberculeuse), car il semble très probable (sans qu'on puisse l'affirmer cependant) qu'il fit alors sa primo-infection.

Son comportement se transforma peu à peu, au point que son entourage en fut frappé. De caractère toujours difficile mais enjoué, il devint très hargneux et surtout il commença à présenter une timidité, ou plus exactement, une sauvagerie de mauvais aloi. Pendant son année de Première au lycée, cet excellent élève commença à fléchir, il refusa, en alléguant une certaine fatigue, de subir les épreuves du baccalauréat en juillet. Il réussit cependant à la session d'octobre. L'année scolaire suivante, celle de philosophie, devint franchement inquiétante. Il se désintéressait de ses études, parlait à peine, souriait bizarrement à la dérobée, se repliait de plus en plus sur lui-même. Il commençait à témoigner une nette hostilité à l'égard de son père et répétait cette phrase énigmatique : « J'en ai assez de me faire coiffer. » Il refusa de se présenter aux sessions du baccalauréat de juillet et d'octobre, se contentant de répondre : « Je ne peux pas. »

Il arriva bientôt à ne plus ouvrir la bouche, à se négliger de plus en plus dans sa tenue (lui autrefois soucieux d'élégance). Son désir fut de s'évader à tout prix. Il venait d'atteindre l'âge de l'appel sous les drapeaux, et alors que son père avait demandé pour lui un sursis « d'études », il rompit sournoisement ce sursis, sans en parler à quiconque, et réussit à accomplir pendant un an son service militaire en Allemagne. Cette année semble s'être passée sans incident connu. Il était secrétaire d'état-major, il échoua à l'examen des E.O.R.

Quand il revint chez lui, à sa démobilisation, la psychose était alors en pleine évolution. Il présentait maintenant tout un syndrome d'influence, des hallucinations polysensorielles, des raptus impulsifs, une

insociabilité totale. La famille comprit qu'il fallait lui faire quitter le milieu familial et on décida de l'envoyer dans la région parisienne comme auditeur libre dans une école professionnelle où il fut incapable d'affronter l'examen d'entrée pourtant à son niveau.

La dissociation mentale évolue de plus en plus et l'on doit au début de 1951 le placer dans une maison de santé où le diagnostic de schizophrénie est posé d'une façon formelle. Il est alors soumis à de nombreux traitements, dont une cure de Sakel importante et prolongée, tout cela sans résultat notable. C'est alors que l'on demande à l'un de nous, dans le courant de 1951, de pratiquer des injections intracérébrales. Cette petite intervention, suivie d'une pneumo-encéphalographie et de quelques électrochocs, amena une rémission relative et il quitta la maison de santé un mois et demi plus tard. Il alla alors passer une assez longue convalescence sur la Côte d'Azur. Mais son comportement demeurait excentrique. Il entendait se dérober à toute contrainte et organiser, comme il lui plaisait, ses sorties (cela à la grande inquiétude des siens). A l'égard de son père, il continuait à montrer un véritable état de rébellion. Puis il regagna son école parisienne où il vécut tant bien que mal, toujours plus ou moins délirant, de plus en plus ombrageux et susceptible, de plus en plus isolé. Ensuite il parla de partir au loin, il essaya de s'engager pour l'Indochine, ce que les siens, alertés, évitèrent de justesse. Il envisagea d'aller faire de la prospection en Nouvelle-Calédonie. On l'apaisa en lui tolérant un nouveau caprice, celui d'aller préparer sa capacité en droit au Quartier Latin. Naturellement il n'allait pratiquement jamais à la Faculté de droit, accomplissait de fastidieuses randonnées dans Paris, se nourrissait de plus en plus mal, s'enfermait dans une chambre d'hôtel, dont il s'éloignait précipitamment dès qu'il apprenait que son père allait lui rendre visite.

En revanche, si sa mère venait le voir, il l'acceptait et alors exigeait qu'elle aille dîner avec lui dans un restaurant élégant, qu'elle soit en tenue adéquate et lui, quotidiennement négligé, endossait ce soir-là un smoking. Il acceptait de venir nous voir d'une façon intermittente. Dans le cabinet médical, il adoptait une attitude contractée, voûtée, et quand son interlocuteur tentait d'établir un contact affectif avec lui, il se cabrait, devenait hostile, à la limite de l'agressivité, répondant par saccades brèves ou adoptant le mutisme total. Mais, lorsque deux portes plus loin, on le faisait pénétrer dans la salle à manger en le retenant à dîner, alors il reprenait une attitude normale, aimable, enjouée, très homme du monde, à condition qu'il ne soit plus question de l'interroger sur son état. Il changeait en somme d'interlocuteur et ce n'était plus au médecin qu'il s'adressait.

Mais le comportement extérieur restait toujours préoccupant, il ne faisait pratiquement rien, il maigrissait beaucoup, sa tension artérielle était très basse. Son père tenta alors de l'occuper chez un parent éditeur, où il fut virtuellement appointé (sa famille versant en réalité les prétendues mensualités à l'employeur). Il y travaillait à des besognes

modestes (empaquetages, rédactions d'adresses, demandes d'abonnements, etc...). Il s'y considérait comme injustement dévalorisé, commençait à manifester une grave hostilité à l'égard des autres employés qui occupaient des fonctions un peu plus élevées. Alors, pour se revaloriser, il s'infiltra dans une société chorale d'employés d'une province qui n'avait rien à voir avec la sienne. Mais sa qualité d'intellectuel le plaçait au sommet, il régentait à nouveau, organisait des excursions. Cela pour quelques mois, puis il s'en lassa. Toujours avec le désir de se singulariser et de se mettre au-dessus du commun, il décida d'être spéléologue, projet particulièrement contre-indiqué en raison de sa santé physique de plus en plus fragile. A cette même époque, dans le courant de 1955, il fut atteint d'un érythème noueux discret, qui disparut avec du rimifon. Son délire d'influence s'atténua peu après. Jean s'améliora dans son comportement social et montra les signes d'une rémission relative qui durera pendant quelques semaines. La famille réussit à le faire entrer dans une banque amie. Il y travailla bien pendant deux à trois mois, puis il se sent fléchir, se relâche et reçoit quelques observations, d'ailleurs très modérées, de son chef de service, il ne les accepte pas et demande un congé de maladie. Au même moment se situe dans sa vie un événement important : le mariage de son frère aîné.

Notons tout d'abord que ce frère, parfaitement équilibré, docteur en droit, s'est fait une brillante situation dans les affaires paternelles. Jean en est ombrageux et jaloux. Cependant, retrouvant son vernis éducatif quand les circonstances l'exigent, il assiste aux diverses cérémonies sans incident, et, brusquement, à l'étonnement de tous, après cinq ans de séparation, il décide de rester dorénavant dans sa ville natale au domicile familial. On a l'impression qu'il veut demeurer sur place en attendant qu'une défaillance paternelle lui permette de récupérer à son tour sa part dans la communauté.

Pour le moment, il refuse toute offre de situation de la part de son père et va même faire de fâcheuses démarches auprès d'autres industriels locaux, amis des siens, pour obtenir un emploi, même modeste, afin de gagner sa vie *seul*. En fait, il vit dans le farniente le plus total, cela depuis trois mois, se levant tard, jouant au tennis, ou se rendant au Yachting, desserrant à peine les dents chez lui, souriant à table sans motif, demandant simplement à sa mère « de le dorloter ». Cette vie oisive lui a fait retrouver du poids, a fait remonter sa tension et tous les contrôles médicaux les plus poussés font constater chez lui un bon état actuel de santé physique. Il n'exprime aucun projet et refuse formellement de se soumettre aux soins d'un psychiatre.

Son comportement sexuel est fait d'indifférence. Son attitude toujours correcte et superficiellement aimable, tout au moins polie, est exactement la même à l'égard des filles et des garçons. Nous avions, à un certain moment, soupçonné quelques tendances homosexuelles. En fait, elles semblent bien ne pas exister.

Ce cas, que nous connaissons bien et que nous considérons comme notre observation princeps, a été résumé pour le mieux. Il montre remarquablement toutes les difficultés, toute la complexité, toutes les étapes du syndrome schizophrénique. On y retrouve en effet une personnalité caractérielle à la base, des conditions exceptionnelles de transplantation et de modification du cadre familial, puis un échec affectif correspondant à la réintégration dans ce cadre redevenu normal, mais en même temps on trouve un grave échec physiologique comportant toute une cascade d'infections importantes aptes à modifier ses moyens physiques d'auto-défense et à atteindre ses centres nerveux. Alors sur cet ensemble (associé assez classiquement à de l'hypothyroïdie et à de l'insuffisance hépatique), survint la psychose dont le début fut marqué par l'apparition de troubles sensoriels et d'idées d'influence. Grâce à des médications variées et aussi grâce à un essai de réadaptation hors du cadre familial (tentative hardie et souvent inquiétante), l'intéressé, certes non guéri, s'est fixé, quant à sa schizophrénie, dans un état intermédiaire qui a évité, jusqu'ici, un nouveau placement en maison de santé.

Nous avons naturellement envisagé toutes les suppositions, toutes les argumentations, toutes les interprétations, que peut soulever un tel cas. Les psychanalystes y verraient certainement un complexe d'Œdipe non liquidé. Disons que ce malade, qui s'est montré jusqu'ici rebelle à toute tentative de psychanalyse, a été cependant fouillé pour le mieux au point de vue psychologique et affectif. Nous nous demandons (sans être affirmatifs) s'il ne s'agit pas en réalité d'un faux complexe d'Œdipe. Jean a peut-être rêvé, inconsciemment, dans ses heures de transplantation, de remplacer *intégralement* le père absent, et a transféré ensuite « son tabou » sur tous les représentants du sexe féminin. Cette hypothèse est d'autant plus incertaine que, quand on la dissèque, on s'aperçoit que le comportement de ce malade à l'égard de sa mère est beaucoup plus utilitaire qu'affectif. Il lui parle sur un ton autoritaire et exigeant. A elle, il ose réclamer ce qu'il ne veut pas demander à son père. Quand elle venait le voir à Paris, souvent il négligeait d'aller l'attendre à la gare et, même au restaurant, il la quittait rapidement, sans vergogne, pour aller ailleurs. Il supportait très mal qu'elle vînt faire de l'ordre dans sa chambre d'étudiant et qu'elle fouille dans ses papiers.

A l'égard des femmes en général, son attitude indifférente est beaucoup plus faite de la crainte d'essuyer un échec nouveau que son orgueil ne pourrait pas supporter. Un jour, il nous en

a fait la confidence. Il est surtout avide d'indépendance et n'admet pas que quiconque tente de s'introduire dans sa vie. Il n'est sociable que dans les limites indispensables et utiles. Tout au début de sa psychose, il exigea le renvoi d'une jeune bonne qui, prétendait-il, avait percé un minuscule trou dans sa porte pour l'examiner quand il faisait sa toilette. Ce fut une des premières manifestations délirantes.

Il nous semble que chez lui, c'est avant tout sa personnalité paranoïaque qui a construit sa psychose à la faveur de circonstances exceptionnelles et qu'il refuse surtout de s'adapter au réel qui lui déplaît, car il peut l'aborder quand il lui convient.

Observation II. — R... Jean, âgé de 16 ans 1/2. Peu de renseignements sur l'hérédité. Il s'agit d'un enfant unique, fortement gâté par sa mère.

A 6 ans, il présenta un ictère qualifié d'émotif par les siens. Vers 11 ans, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui lui a laissé une petite cardiopathie mitrale. Depuis son enfance, il poursuivait des études secondaires avec facilité. Il était de caractère assez autoritaire, ombrageux et fortement susceptible, toujours préoccupé de sa petite santé.

Aussi fut-il fortement ému lorsqu'en décembre 1955 on découvrit chez lui une primo-infection assez sérieuse pour motiver un envoi immédiat en préventorium. Il dut y séjourner pendant plus de six mois, si bien qu'à son retour au lycée, il dut reprendre la classe de seconde qu'il avait dû abandonner en raison de sa cure.

Il en fut profondément blessé dans son orgueil et ne pouvait pas se résigner à se trouver parmi des camarades plus jeunes que lui, alors que ses anciens condisciples étaient en première. Il s'isola, devint taciturne et boudeur, se mit à haïr sans motif certain de ses professeurs. Son travail commença à fléchir. En janvier 1956 il se mit à extérioriser des troubles mentaux et à se livrer à des impulsions à la violence. On dut le placer dans une maison de santé. Il y subit quelques narco-analyses sans résultat. C'est dans ces conditions qu'un de nous fut appelé à le voir au début de mars 1956.

On se trouvait devant un adolescent présentant la plupart des signes de la schizophrénie : troubles du cours de la pensée, sentiment de l'état mental morbide, soliloquies, pleurs et rires immotivés : « Je n'ai plus, dit-il, de personnalité. Le préventorium m'a rendu fou », hostilité diffuse. Il ne fait plus rien, se lève très tard, refuse de sortir. A côté de ces troubles intellectuels, on découvre aussi une forte personnalité névrotique, anxiété paroxystique, hypochondrie intense, peur de mourir, impression de strangulation, accès intermittents de tremblements généralisés, angoisse nocturne. L'examen physique et neurologique montre des symptômes de la série spasmophilique : signe de Chovsteck

très accentué, signe de Trousseau, leuconychies nombreuses sur les ongles, petit état tétanique. Malgré ce nervosisme, il a un pouls lent à 60. Les contrôles de laboratoire montrent une vitesse de sédimentation normale, mais un métabolisme basal de moins 20. En raison de sa présentation, de ses antécédents et du début récent de la psychose, il est mis au salicylate de soude, à l'urotropine, au calcium intraveineux, à de petites doses de maxiton glutamique.

Revu un mois plus tard, son état mental s'est aggravé. On note de l'ambivalence, des barrages et des idées d'empoisonnement.

On décide alors de l'envoyer se reposer pendant deux mois dans un petit village de Normandie, chez son ancienne nourrice qui l'a toujours affectionné et auprès de qui il a vécu ses premières années. Quand il revint, en juin, après qu'il eut absorbé pendant ces deux mois de petites doses quotidiennes de poudre de thyroïde, il était psychiquement très amélioré : le contact est bon, les idées délirantes ont disparu, le pouls et la tension artérielle rejoignent la normale, les signes de spasmophilie sont très atténués. Mais alors se découvre son type caractériel habituel. Il accepte de reprendre ses études, mais exprime son intransigeance quant au changement de lycée. Très prétentieux, il fait part de ses vastes ambitions, « car il ne veut pas d'une vie médiocre et inférieure ».

En résumé : sujet fragilisé par une insuffisance hépatique et une atteinte de rhumatisme articulaire aigu ayant manifesté auparavant des signes de névrose spasmophilique à composantes hystéroïdes. Un échec à la fois affectif et physiologique (primo-infection) et un traumatisme « d'échec » font apparaître chez lui des symptômes schizophréniques graves. Grâce à un repos complet, à un changement de milieu affectif, à un traitement médical adéquat, l'amélioration s'accentue de mieux en mieux en quelques mois. Mais alors se dévoile une personnalité psychotique évidente, et en particulier un type caractériel paranoïaque incontestable. Le pronostic demeure réservé.

Observation III. — L... Pierre, 34 ans, possède une lourde hérédité névropathique et endocrinopathique. Il aurait été « étouffé » dès son enfance par un père tyrannique. Il s'est toujours montré nerveux, impatient, concentré en lui-même, peu affectif. Il poursuivit des études secondaires, puis des études supérieures et se maria précocement. Sa jeune femme s'aperçut bientôt qu'il était bizarre. Les années s'écoulèrent et il continuait d'interminables études, accumulant tous les diplômes, toutes les licences possibles, sans jamais chercher à les utiliser. Ses sautes d'humeur devenaient de plus en plus fréquentes et la plupart du temps immotivées pour les autres. Il fut confié à des psychiatres qui le traitèrent par la psychanalyse, par l'ionisation transcérébrale, par

l'endocrinothérapie. Non seulement son comportement ne se modifiait pas, mais il devenait de plus en plus étrange dans sa façon d'être, de plus en plus improductif et en même temps il commençait par devenir impulsif et violent.

Quand un de nous eut l'occasion de le voir, il se trouva devant un sujet bradypsychique, avec de gros troubles du cours de la pensée, des rires explosifs et inadéquats, conscient de son état morbide. Il envisage calmement l'éventualité « de se détruire si ce malaise continue ». Il se ronge les ongles avec frénésie. Il ironise amèrement sur les possibilités de la médecine et précise que s'il se soumet encore à un examen après tant d'autres, c'est pour faire plaisir aux siens, mais c'est avec le plus complet scepticisme.

A travers ce tableau purement schizophrénique émergent des symptômes de la série paranoïaque. Insociable, il continue cependant son auto-didactisme avec, dit-il, « un souci de perfectionnement ». Il extériorise un rationalisme morbide des plus concentrés, tout en reconnaïssant « qu'il tourne peut-être dans le vide et qu'il perd pied ». Il apparaît comme fortement susceptible et vaniteux, extrêmement guindé dans son attitude.

Observation IV. — Mlle T..., 30 ans. Mère névropathique et autoritaire, un frère épileptique. Famille d'une religiosité rigide.

A toujours été nerveuse, inquiète, scrupuleuse, obsédée par des préoccupations sexuelles mal refoulées, présentait depuis la puberté des signes discrets de la série hystéroïde. Elle fut atteinte, vers la fin de l'adolescence, de tuberculose pulmonaire et dut subir de longs traitements (pneumothorax, thérapeutiques à base de rimifon et de P.A.S., de streptomycine). D'intelligence moyenne, elle fut poussée dans ses études au-delà de ses possibilités, semble-t-il. Elle exerça tant bien que mal des emplois divers : professeur dans une école secondaire libre, chargée de travaux dans un institut de recherches linguistiques. La rupture d'un projet de mariage l'aurait assez choquée. Dans le milieu rigide familial, elle avait de grandes difficultés à s'épanouir et reportait toute son affection sur une grand-mère qui habitait la province « qu'elle alla soigner et qui mourut dans ses bras ». C'est à partir de ce moment qu'elle perdit pied. Dans le milieu scientifique où elle travaillait, elle commença à manifester un délire érotomaniaque vis-à-vis d'un collaborateur beaucoup plus âgé qu'elle et aboutit bientôt à un véritable délire de persécution qui l'obligea à quitter sa place. En même temps survint une rechute pleurale de son infection pulmonaire antérieure. Elle évolua alors rapidement vers un état schizophrénique caractérisé : syndrome dissociatif, ambivalence, troubles profonds du cours de la pensée, hallucinations auditives épisodiques, délire flou à thème érotico-mystique. En même temps s'installe une forte régression infantile. Elle a adopté en particulier une voix de tonalité fortement puérile et minaudante, les phénomènes de barrage sont très accentués.

Mais à côté de ce tableau clinique se révèle un caractère paranoïaque des plus nets. Elle est autoritaire orgueilleuse, méfiante, rigide, insociable, ne s'entendant avec aucune de ses compagnes de chambre, se tenant à l'écart des autres avec une attitude altière et méprisante, prête à frapper si on l'importune. Ce comportement détonne avec l'infantilisme de sa voix et de sa mimique, avec l'apparente douceur qu'elle adopte quand elle parle à son médecin traitant.

En résumé : Hérédité névropathique. Chez elle : personnalité névrotique de toujours à teinte hystéroïde, atteinte pulmonaire, chocs affectifs, échec à la fois professionnel et physiologique, régression infantile avec syndrome schizophrénique accentué évoluant depuis plusieurs années et révélant actuellement une personnalité paranoïaque très marquée.

Observation V. — Mme J... Jeannine, 38 ans, entre dans le service en octobre 1955 accompagnée du certificat médical suivant : « Tentative de suicide chez une paranoïaque, troubles du comportement s'aggravant depuis plusieurs années. Vit seule avec son fils cadet. Ne sort plus de chez elle, condamne sa porte à l'entourage et à sa famille. A chassé sa fille aînée de chez elle. Réactions antisociales. Agressivité diffuse. Attitude rigide, hostilité, ironie et causticité. Méfiance et réticence. Maniérisme. Théâtralisme... »

Le certificat de 24 heures apporte d'autres précisions : « Schizophrénie évoluant depuis plusieurs années. Aujourd'hui consciente, orientée, mnésique. Présentation raide, refus de répondre, réticence, réponses évasives et souvent agressives, caustiques, mettant en cause la légitimité de l'examen, l'existence de l'interlocuteur. Style maniéré, expériences insolites un peu prétentieuses pseudo-juridiques. Refus de s'expliquer sur son mode de vie actuel : isolement farouche en compagnie d'un fils de 10 ans, défi à l'entourage, notion de disputes avec certains voisins. »

Quinze jours d'observation permettent à l'un de nous de rédiger le certificat suivant : « Syndrome schizophrénique évoluant depuis plusieurs années. Discordance évidente. Troubles du cours de la pensée, maniérisme verbal, négativisme, fléchissement affectif, autisme, ironie morbide, impulsions répétées au suicide. Déjà internée en 1950... »

Cet internement, qui avait eu lieu cinq ans auparavant, avait été motivé par des impulsions au suicide avec un fond mélancolique très atypique et surtout avec un fond névrotique important de type à la fois hystérique et paranoïaque. Issue de parents séparés (alors qu'elle avait 7 ans) et décédés précocement pour des motifs inconnus, elle fut surtout élevée par sa mère qu'elle dit avoir été très autoritaire.

Elle-même, très forte tête et indisciplinée, était à l'école une mauvaise élève. Elle préférait apprendre isolément et perfectionner ses connaissances de sa propre initiative : « On ne voit clair, dit-elle, que

quand on est seul. » Sa sœur disait alors d'elle : « Elle a toujours été nerveuse et impulsive et elle avait une conduite de gamine. »

Elle s'était mariée à 19 ans.

En 1947, elle avait suspecté son mari de la tromper avec une compagne d'atelier. Elle avait alors exigé que celui-ci changeât d'emploi, et, pour mieux le convaincre, avait fait deux tentatives de suicide assez théâtrales. Le mari obtempéra et la malchance voulut qu'il trouvât la mort dans son nouvel emploi. L'état de l'intéressée devint alors franchement pathologique : « elle avait des syncopes, des crises nerveuses de tremblements », et un beau jour elle se jeta par la fenêtre du 3e étage, se fractura très gravement les os du pied. Dans le service où elle fut admise, elle se présenta dans un très mauvais état général (elle était depuis déjà pas mal de temps anorexique), avec une forte fièvre oscillant pendant dix jours entre 39° et 40°. Un examen des urines fit découvrir d'abondantes colonies de colibacilles. Le métabolisme basal était à moins 20. Traitée par du rufol, de la poudre de thyroïde, de la pénicilline, elle fut assez rapidement améliorée sans avoir subi d'électrochocs. Elle sortit tout en gardant un fond névrotique prédominant.

Quand elle revint, cinq ans plus tard, elle apparut cette fois comme une schizophrène-type et déjà ancienne. Sa vie de claustration s'était aggravée, son inactivité était presque totale. Elle passait le plus clair de ses journées à rêver et à fumer des cigarettes. Peu à peu elle s'était brouillée avec tous les siens et même avec sa fille, âgée de 16 ans 1/2, qu'elle avait chassée sous le prétexte qu'elle sortait sans sa permission, qu'elle avait un genre de vie qui lui déplaisait, « un air femme que je n'aime pas, le genre bidet ». Le contact avec elle est très difficile, car elle ne veut pas répondre de crainte « qu'on utilise le tout contre elle ».

Elle extériorise une ironie agressive, sarcastique, où se découvrent des néologismes et des phrases ambiguës, « elle s'est fatiguée dans les fins chemins, ceux que j'appelle l'esprit », « elle est en communication avec l'Au-delà grâce à un poste de T.S.F. », elle soliloque à longueur de journée.

Elle recommence des tentatives larvées de suicide. Un jour elle essaye, par exemple, de s'enfoncer une aiguille dans le poignet, surprise dans son geste, elle rétorque en souriant : « C'est par inadvertance. »

Son affectivité est dominée par un égocentrisme majeur, qui ne la fait de soucier que de sa propre personne. Elle ne manifeste aucune inquiétude vis-à-vis des siens.

Son inertie, son défaut d'alimentation, ses tentatives d'auto-mutilation s'accentuant, on la soumet à une cure de Sakel, qu'elle supporte très mal et qu'on doit arrêter dès le quatrième coma. Depuis, elle reste accroupie dans son lit, dans une attitude stéréotypée et hautaine, parlant à peine, ne demandant rien.

Observation VI de deux sœurs jumelles univitellines, Anne et Christiane L..., 34 ans. Elles portent le poids d'une lourde hérédité. La mère

est internée pour démence précoce depuis plus de 20 ans. Le père se serait suicidé. L'une et l'autre, dont la ressemblance physique est quasi-totale, extériorisent diverses tares dégénératives (petite taille, dents anormales, parésie faciale, strabisme, hypothyroïdie). L'une et l'autre sont atteintes de névrose spasmophilique avec hypocalcémie et hypocalcirachie, petite tétanie, signe de Chovsteck très accentué. L'une et l'autre ont aussi manifesté un état névrotique hystéroïde et obsessionnel. Dès l'âge de 14 ans, chacune témoigne de phobies diverses : peur des couteaux dans la crainte de commettre un meurtre, impossibilité de franchir un pont redoutant d'avoir envie de se précipiter dans le vide (il est difficile de savoir laquelle contagionnait l'autre), peur dominante du regard d'autrui (symptôme que l'on retrouve souvent dans la névrose hystérique).

Elles donnaient l'impression de petits cerveaux résistant mal aux épreuves de la vie. Elles ont d'ailleurs sombré bientôt dans la démence précoce dégénérative.

Anne fléchit la première dès l'âge de 25 ans et présenta bientôt les signes classiques de la schizophrénie à type hébéphréno-catatonique.

Christiane résista tant bien que mal jusqu'à 30 ans, puis sa déchéance mentale s'accentua après peut-être un choc émotif (agression homosexuelle d'une camarade de bureau ?).

Toutes deux sont internées maintenant depuis plusieurs années. Leur état, surtout les manifestations catatoniques et impulsives, s'aggravent aux périodes préoculaires. Elles ont de temps en temps des rémissions relatives qui excèdent rarement trois semaines. Elles apparaissent alors de caractère nettement paranoïaque avec présentation hautaine, agressivité à fleur de peau, rationalisme morbide, ironie amère. Puis elles retombent à nouveau dans leur agitation catatonique.

A propos de quelques formes syndromiques particulières

L'Erotomanie et la Jalousie des Schizophrènes

A. *L'érotomanie.* — Depuis que de Clérambault a magistralement isolé et analysé le syndrome érotomaniaque, on s'est aperçu que ce syndrome se retrouvait souvent dans les états hypomaniaques et dans les états schizophréniques.

Chez les premiers, l'excitation générale, l'euphorie, l'hypersthénie tenace, la fantaisie, les troubles du jugement, l'érotisme, l'audace morbide, créent épisodiquement le syndrome d'ailleurs souvent incomplet, lequel peut cesser brusquement après l'apaisement général ou après le choc de l'internement.

Chez les seconds, au contraire, on va ici encore retrouver à la base de l'érotomanie toute une personnalité névrotique ou

psychotique. Chez certains schizophrènes, ce syndrome apparaîtra en général dans les premiers mois de l'installation de la psychose, alors que le malade, ayant épuisé toutes ses ressources nerveuses, ayant l'impression qu'il perd pied, se sentant sombrer dans un désarroi vertigineux, tente de s'accrocher à quelque chose de solide, cherche un soutien extérieur. Souvent à sa conscience plus ou moins claire d'un état mental morbide envahissant, s'associe de l'inquiétude hypochondriaque, aussi est-ce le plus souvent vers un médecin que se dirigera son érotomanie.

Quand on a connu de telles malades, qu'on relit à un long intervalle leurs propres écrits retenus dans de vieilles observations, on retrouve alors la plupart des symptômes qu'a précisément décrits avec une grande objectivité J. Fretet dans son ouvrage sur « les causes affectives de l'érotomanie » quand il parle du type *hystéro-hypochondriaque*. Une des érotomanes observées par Dupoy et Pèze présenta neuf crises d'hystérie dans la même journée, puis un état cataleptoïde.

Un de nous connut une malade qui, avant de sombrer dans une schizophrénie caractérisée, extériorisa d'abord un syndrome érotomaniaque où s'entremêlaient des symptômes hystériques incontestables alternant avec des poussées d'angoisse hypochondriaque.

Mais à ce terrain hystéroïde et hypochondriaque s'associe assez souvent une personnalité *paranoïaque*. Si celle-ci est dominante, l'érotomanie du schizophrène ne va plus apparaître et se constituer au début même de la psychose ; mais, au contraire, elle fera son apparition à la faveur d'une rémission. Ce seront, pourrait-on dire, des érotomanes à retardement.

Tels sont ces sujets qui ont quitté l'hôpital psychiatrique ou la maison de santé après une bonne amélioration, encourageant le médecin à tenter une sortie. C'est quelques mois plus tard que ce médecin recevra des lettres de plus en plus nombreuses, de plus en plus pressantes et aussi de plus en plus stéréotypées. Souvent cette érotomanie disparaît quand la malade retombe gravement dans sa psychose. C'est là une forme assez particulière des érotomanes paranoïaques décrites par Genil Perrin et par Fretet.

Quelle que soit la forme hystéro-hypochondriaque ou paranoïaque, cette érotomanie des schizophrènes porte quelques traits particuliers. On y retrouve en effet beaucoup plus un esprit d'accaparement ou un désir de soutien qu'un penchant amoureux véritable. L'attirance purement sexuelle y est en général

absente. La résonance affective, à peine présente, est elle aussi beaucoup plus rationalisée qu'idéalisée.

Enfin et surtout, il nous a semblé retrouver chez ces malades une nouvelle « discordance » apparemment paradoxale. Nous voulons parler de la jalousie quasi-constante dirigée contre l'époux ou l'épouse, l'amant ou la maîtresse d'habitude, alors que le sujet s'affiche dans une érotomanie naturellement extra-conjugale. La fréquence de « cette discordance passionnelle » nous a incités à étudier plus attentivement la jalousie des schizophrènes.

B. *La jalousie.* — Les idées délirantes de jalousie se rencontrent fréquemment chez les schizophrènes des deux sexes, le plus souvent au début de l'évolution de la psychose et presque uniquement dans la forme paranoïde. Ces sentiments de jalousie diffèrent complètement de ceux retrouvés chez les jaloux passionnels, délirants ou alcooliques. Car la pauvreté sentimentale est frappante, la préoccupation « amoureuse » à peu près absente. On a l'impression que cette jalousie est plutôt le prétexte à alimenter une mauvaise querelle et que cette hostilité conjugale s'apparente à l'hostilité familiale classique si fréquente chez de tels malades au début de l'évolution pathologique. Elle a aussi quelque ressemblance avec celle que l'on découvre chez certains Parkinsoniens post-encéphalitiques. Si l'on voulait rechercher, selon l'expression de P. Guiraud, les sources hormothymiques de tels délires, il serait difficile de les préciser. On retrouve à la fois une thymie d'alerte, une thymie de libération. Quand on tente d'approfondir ces investigations, on remarque que, tout comme pour l'érotomanie, on peut scinder en deux groupes principaux ces schizophrènes jaloux, et il est curieux de constater que ces manifestations de jalousie sont souvent contemporaines des manifestations érotomaniaques, elles sont fréquemment associées.

Dans le premier groupe, on retrouve à la base de ces idées délirantes une inquiétude diffuse, un nervosisme de plus en plus accentué, une ébauche d'insécurité physique et morale, un début de sentiment d'étrangeté et de transformation du milieu. Les réactions jalouses s'installent le plus souvent dans la période prodromique de la maladie et elles disparaissent à la période d'état. En voici quelques cas très résumés :

Observation I. — P..., 36 ans, dont une sœur est déjà internée pour démence précoce, et qui fut atteint autrefois de pleurésie, fut, jusqu'à l'âge de 30 ans, un mari affectueux et attentionné, simplement forte-

ment nerveux. Puis, vers cette époque, il devient bizarre, ombrageux, soupçonneux, il empêche sa femme de sortir. Cet état s'aggrave peu à peu et P... devient franchement violent, frappant non seulement son épouse, mais sa fille aînée qu'il prétend ne pas être de lui. Les scènes prennent une telle suite, qu'il faut interner P... La jalousie s'estompe rapidement et est remplacée par un délire d'influence. Il pense que sa femme est sous l'emprise de voisins, car elle lui paraît terrorisée. Rapidement il évolue vers un syndrome paranoïde caractérisé, et les idées de jalousie disparaissent entièrement.

Observation II. — V..., 34 ans. Le début du désordre mental s'est manifesté discrètement vers l'âge de 29 ans. Auparavant, il était de caractère taciturne, boudeur, hyperémotif et hypernerveux, sans plus. Puis il devient plus sombre et commence à manifester quelques doutes quant à la conduite de sa femme. Il dit aux siens qu'il a l'impression que celle-ci le trompe, mais qu'il ne peut pas l'attester, qu'il y pense sans y penser. Puis ses soupçons s'amplifient et s'étendent à tous les membres de la famille, y compris les propres frères de sa femme. Il commence à frapper celle-ci, interdit à quiconque d'aller chez lui, devient tyrannique et violent. Mobilisé en septembre 1939, il est réformé peu après pour troubles mentaux. Quand il revient chez lui, la psychose est constituée ; elle impose l'internement et elle évolue bientôt vers un syndrome paranoïde indiscutable. Les idées de jalousie persistent encore pendant quelques mois et il écrit à sa femme des lettres stéréotypées ainsi conçues : « Je viens vous demander de me détailler votre vie, depuis votre jeune âge à ce jour, sans oublier aucun de vos faits et méfaits anormaux, ainsi que vos maris et pères de vos enfants, vos souteneurs et toute personne engagée dans vos affaires clandestines qui m'ont réduit où j'en suis. Ce n'est *pas par jalousie* que je vous envoie ce questionnaire. Je crois que vous saurez apprécier *ma force morale*, ainsi que les protections que vous pouviez trouver. Sinon vous savez ce qui vous attend. » Il se dévoile dans le service tyrannique, autoritaire, intransigeant, d'un orgueil ombrageux et exaspéré, et peu après la jalousie s'estompe pour faire place au désir évident de répudier femme et enfants afin de modifier sa situation sociale. Au parloir, il reçoit son épouse avec amabilité, il ne l'appelle plus que sous son nom de jeune fille. Il lui écrit dans le style suivant : « Ici, un ordre. N'insistez pas à me jouer la comédie. *Notre mariage n'a jamais existé.* Soyez loyale, de vos fils je n'en reconnais qu'un et je continuerai à vous protéger. » Au médecin il envoie de nombreuses missives qu'il signe ainsi : « Empereur du monde, ma sagesse divine et spirituelle » et dans les nombreux projets du nouvel ordre mondial qu'il envisage, il se soucie même de ne pas donner une trop mauvaise place à son ex-femme et aux enfants de celle-ci. Il devient superbement magnanime.

Observation III. — Jeanne S..., 29 ans, est mariée depuis 8 ans déjà et son ménage était en bonne harmonie. Son mariage avait même sta-

bilisé son déséquilibre antérieur, car sa mère signale que, dans sa jeunesse, elle était tellement fantasque, comédienne, capricieuse et nerveuse, qu'elle la considérait une peu comme « *une hystérique* ». A 27 ans, elle contracta une paratyphoïde grave avec délire, complications hémorragiques, dont elle guérit apparemment. Mais à la fin de la convalescence, elle présente un épisode névropathique d'allure, cette fois, psychasthénique et extériorise bientôt des idées de jalousie à teinte anxieuse et obsédante, qui aboutissent à une tentative de suicide, laquelle motive son internement. A son entrée, elle montre les symptômes d'une mélancolie assez atypique qui évolue rapidement vers un état schizophrénique caractérisé, actuellement fixé depuis bientôt deux ans, les idées de jalousie ont totalement disparu.

Le deuxième groupe de schizophrènes jaloux est composé de sujets qui sont entrés depuis longtemps dans la psychose ou qui, après des traitements divers, ont abouti à une période d'amélioration ou de rémission relative et qui parfois ont regagné leur domicile.

C'est dans ce groupe que se contrôle une toute autre étiologie du sentiment de jalousie cette fois basé sur une personnalité paranoïaque probablement préexistante, mais qui s'est révélée et qui a été amplifiée par la maladie mentale. Cette jalousie apparaît en réalité comme utilitaire, elle masque un sentiment d'hostilité et alimente la mauvaise querelle susceptible de rompre les liens avec un passé devenu indésirable.

Observation I. — L..., 38 ans, porte le poids d'une lourde hérédité psychopathique. Une de ses sœurs est morte dans un hôpital psychiatrique où elle avait été placée pour démence précoce. Un de ses frères s'est suicidé à 32 ans. Lui-même, déséquilibré caractériel et névrotique, a séjourné plusieurs fois à l'hôpital Henri-Rousselle. Il fut interné une première fois pour un délire de jalousie avec réactions violentes à l'égard de sa femme, apaisé quelques mois plus tard, il est remis en liberté. Mais de son séjour à l'hôpital il a bâti un syndrome érotomaniaque à l'égard de Mlle X..., médecin du service, et peu après sa sortie les violences contre sa femme ne tardent pas à réapparaître et à s'aggraver. On doit le réinterner à nouveau. Cette fois la psychose paranoïde est évidente. Il manifeste des intuitions délirantes, des idées diffuses et mal coordonnées de persécution, des idées d'influence et un début de discordance. Mais il continue à écrire à son épouse en lui précisant qu'il veut maintenant « une femme instruite pour pouvoir discuter avec elle, car il a appris toutes les langues et il est lui-même d'un niveau supérieur à son ancienne compagne. Cette dernière lui est devenue insupportable et c'est elle qui a besoin d'être internée ». Il ne se donne même plus la peine de feindre la jalousie.

Observation II. — S..., 33 ans. Pas d'antécédents pathologiques personnels ou familiaux.

Il est mobilisé dès les premiers jours de septembre 1939 et rejoint les armées. Nous manquons de renseignements sur son comportement pendant cette période. Sa femme nous dit : « Je recevais des lettres reflétant une grande tristesse. » Nous savons seulement qu'il est évacué, au début de mars 1940, pour troubles mentaux et dirigé sur l'hôpital de Dury-lès-Amiens. Il y était traité pour confusion. Au bout d'un mois, il est déclaré sortant et obtient un congé de convalescence d'un mois. Il rejoint le domicile conjugal. Alors qu'il était autrefois un mari affectueux et doux, il se montre d'une jalousie excessive, autoritaire et violent. Huit jours après son arrivée chez lui, il est arrêté à la gare de Lyon, où il se livrait à des actes impulsifs et brisait des lanternes.

Il est conduit au Val-de-Grâce. On le réforme et on l'hospitalise alors à Villejuif, en mai 1940. On lit sur l'observation de ce moment : « Se plaint surtout de sa femme, la soupçonne d'inconduite, prétend qu'elle lui a caché de l'argent pour certains buts qu'il soupçonne. » Mme S... donne les quelques renseignements suivants : « Nous sommes mariés depuis six ans, et je puis dire que jamais je n'avais remarqué aucun symptôme, sa conduite ne donnait lieu à aucune réflexion. A mon avis, ce sont les événements actuels qui ont causé ce nouvel état d'esprit. Jamais auparavant, il ne m'avait fait la moindre scène de jalousie. »

Nous avions pu constater, aux armées, l'apparition de tels délires aigus de jalousie chez des soldats, petits anxieux habituels, occasionnellement buveurs, souffrant de la longue séparation d'avec les leurs. Mais ces bouffées délirantes cessaient habituellement assez rapidement par le sevrage et le repos et surtout par un congé de convalescence. Il n'en fut pas de même pour S... Ses idées de jalousie se transformèrent rapidement en une hostilité diffuse où le thème érotique s'estompait peu à peu. Il commença à se livrer à des excentricités stéréotypées, montant sur les tables et tenant des discours parfaitement incohérents, élaborant de vastes projets de transformation : sociale, écrivant des missives innombrables à l'Académie Française, à l'Ambassade américaine, au Grand Rabbin, etc...

A chaque parloir il refuse de voir sa femme, ou se livre sur elle à des violences diverses. En juin 1940, il lui écrit la lettre suivante : « Je suis poli et conforme aux usages pour commencer ma lettre, mais, par la suite, je suis obligé de laisser parler ma pensée. Je suis obligé de te dire que tu me deviens insupportable et que, comme je te l'ai déjà dit, je ne veux plus vivre avec toi. C'est pour cela que je voudrais te dire, une bonne fois pour toutes, que tu m'emm... et qu'il faut que ça finisse le plus tôt possible. » Comme dans l'observation précédente, la jalousie de S... est devenue une mauvause querelle, destinée à le débarrasser d'une épouse indigne de sa condition.

En 1941, il était plongé dans la schizophrénie paranoïde la plus nette.

Observation III. — Jeanne R..., 35 ans, est internée le 20 janvier 1956 avec le certificat suivant : « Troubles du caractère, de l'humeur et du comportement apparus après un quatrième accouchement du 5 août 1955. Idées de jalousie vis-à-vis de son amant, le frappe, le menace. Attitude hautaine, excédée, butée. Depuis son arrivée ici, refus d'aliments, refus de médicaments, refus de se coucher. » Le certificat de 24 heures retient : « Délire de jalousie avec idées de persécution évoluant depuis sa quatrième grossesse et aggravé depuis l'accouchement (il y a cinq mois). Interprétations, semi-réticence. Attitude renfermée, hautaine, reste sur ses positions et ne s'abaisse pas à discuter ses certitudes. Quand elle est rentrée de la clinique, elle a bien vu que ses enfants avaient changé à son égard. Malgré ses dénégations, son mari, dit-elle, a bien prononcé l'année dernière une phrase qui équivaut à un aveu : « Je vous nourris avec l'argent des femmes. » Réponses laconiques, distance, opposition, agressivité latente, méfiance. »

Après 15 jours d'observation, on peut écrire à son sujet : « Syndrome d'allure paranoïde avec opposition, négativisme, phases d'agitation impulsive, idées délirantes sans systématisation de jalousie, de grandeur, de mission. Rigidité caractérielle de type paranoïaque. » De son hérédité on sait seulement que le père a précocement abandonné sa famille, faite de huit enfants ; elle ne l'a pratiquement pas connu. Sa jeunesse s'est écoulée sans incident médical notable. Placée dès l'âge de 14 ans comme bonne à tout faire. D'une liaison passagère elle eut vers 18 ans un enfant dont le père disparut. Elle supporta, semble-t-il, assez bien ce choc. Elle se maria un peu plus tard, à 26 ans, et vécut avec son mari en Algérie. Il apparaît que le ménage alla très mal malgré la naissance de deux nouveaux enfants. Si bien que Jeanne (peu après le troisième accouchement) présenta des troubles mentaux graves et dut être internée à Constantine où le *spécialiste diagnostiqua une schizophrénie* et la traita pendant plusieurs mois par une cure complète de Sakel alternant avec des électrochocs. Elle sortit pratiquement guérie, divorça et vint travailler à Paris. Elle connut son amant actuel il y a un an et demi environ. Celui-ci signale son autoritarisme, son orgueil et ses colères immotivées, souvent excessives, son caractère renfermé et hargneux sans plus. Il insiste sur ce fait qu'elle n'est vraiment devenue « excentrique » que depuis sa grossesse. Après un temps suffisant d'observation et d'investigations biologiques, la présentation schizophrénique est assez typique pour que soit envisagée une nouvelle cure de Sakel. Après 32 comas, la présentation de la malade se modifie profondément et son comportement dans le service redevient normal. Seules persistent la rigidité mentale et encore quelques idées de jalousie, l'attitude contractée et hautaine. Cependant l'amélioration est telle qu'on peut tenter les démarches en vue d'une sortie. C'est au cours de celles-ci que le médecin traitant reçoit d'elle la lettre suivante : « Faites le nécessaire auprès de la Préfecture pour que je puisse sortir avant

que vous partiez en vacances, sinon maintenant ça n'est plus possible. Je ne peux plus rester plus longtemps auprès de vous parce que je vous aime et c'est plus fort que moi. Pourtant dans ma vie ce n'est pas les occasions qui me manquaient, mais jamais je n'ai été éprise d'une personne de cette façon comme pour vous. Je suis même fâchée de moi-même d'être devenue comme ça à mon âge. Voilà une vérité que je ne voulais pas vous dire, j'espère que ça restera secret, surtout pour le bonheur de mes enfants. »

Si nous avons spécialement insisté sur les syndromes d'érotomanie et de jalousie chez les schizophrènes, c'est pour nous en référer à ceux qui les ont étudiés dans une perspective plus générale et en particulier au livre de Genil-Perrin, « Les Paranoïaques ». Cet auteur considère en effet qu'il est peu d'érotomanies ou d'idées de jalousie qui ne soient pas basées sur des tendances paranoïaques. Il oppose même à ce sujet, tout en les réduisant à sa conception personnelle, les opinions de Sérieux et Capgras d'une part, celles de de Clérambault de l'autre.

Or, il nous été permis de constater *la très grande fréquence* des idées de jalousie et d'érotomanie chez les schizophrènes. Il n'est qu'à vivre longtemps dans un service de femmes psychopathes pour découvrir avec quelle facilité un médecin peut faire naître une érotomanie chez une démente précoce, s'il commet quelque imprudence dans ses paroles ou dans ses gestes. Alors que dans ce même service les maniaques agressent dans ce sens le jeune interne, les schizophrènes se réservent pour le patron d''âge plus ou moins canonique. Regroupant au hasard 100 observations de schizophrènes, nous avons retrouvé dans 70 % des cas des idées de jalousie vis-à-vis du conjoint ou de l'amant habituel. Si nous voulons respecter la pensée de nos maîtres, il nous faut donc reconnaître qu'à une majorité importante, ces paranoïdes ont très vraisemblablement des tendances paranoïaques puisqu'ils sont jaloux ou érotomanes. Ils accordent aussi une importance particulière à l'association chez le même sujet de symptômes érotomaniaques et de symptômes de jalousie, ce qui est le cas le plus habituellement retrouvé chez nos schizophrènes.

Nous estimons donc *que l'apport génétique ou physio-pathologique, qui déclenche la psychose, semble bien révéler et amplifier des tendances paranoïaques préexistantes, exactement comme le poison éthylique chez l'alcoolique délirant. Aussi considérons-nous ces tendances comme très vraisemblablement antérieurement présentes.*

Considérations générales

Des pages précédentes et des quelques observations que nous avons apportées, parmi beaucoup d'autres, il nous semble pouvoir retenir les constatations suivantes :

Dans la majorité des cas de schizophrénie indiscutable, on retrouve à la base un noyau névrotique préexistant.

Cette personnalité névrotique peut prendre les formes les plus variées, mais presque toujours s'y retrouvent des éléments hystériques dont on peut dépister la réalité antérieurement à l'éclosion de la psychose. Cet état névrotique hystéroïde s'accentue dans la période prodromique de la maladie mentale véritable pour être ensuite noyé et masqué dans la symptomatologie générale. A cette personnalité névrotique s'associe en général une personnalité psychotique de type habituellement paranoïaque. L'une et l'autre se fondaient en un ensemble cohérent qui constituait la *personnalité préschizophrénique ou schizogénétique*. Mais ce noyau *hystéro-paranoïaque n'est pas à lui seul capable de créer la psychose*. Il faut que s'y ajoutent des éléments nouveaux physiopathologiques capables d'atteindre l'écorce cérébrale et les centres supérieurs.

Ces éléments, que l'on retrouve dans la plupart des observations, sont multiples. Ils peuvent aussi passer inaperçus ou être méconnus. Ils peuvent être constitués par une dégénérescence précoce des cellules nobles du fait d'un épuisement prématuré de celles-ci par défaut de vitalité ou par fragilité congénitale. Ils peuvent être représentés par des chocs émotionnels importants, des stress neuro-endocriniens selon la conception de Selye (échecs successifs d'étiologie complexe), par des traumatismes crâniens (schizophrénies post-traumatiques), par des atteintes neurotropes consécutives à des infections ou à des virus (rhumatisme articulaire aigu, infections typhiques, colibacillaires, méningées, tuberculeuses, puerpérales, hépatiques ou autre, dysfonctions neuro-endocriniennes, encéphalite léthargique, et toutes les encéphalites en général, aussi bien infectieuses que traumatiques ou toxiques, et les intoxications aminées). Ces atteintes peuvent d'ailleurs être autant fonctionnelles que lésionnelles ou cicatricielles. *Elles peuvent ne pas être irréversibles.*

Alors se constitue la psychose ou plus exactement la *psychonévrose*. Car le noyau névrotique préexistant demeure et apporte au trouble mental global sa symptomatologie particulière. Peut-être qu'avec des incidents physiopathologiques identiques

agissant sur un terrain différent (cylothymique, épileptoïde, paranoïaque), un autre sujet ferait une psychose très différente. C'est là, pourrait-on dire, une vérité première. Cependant, il nous semble qu'on ne pourrait pas accorder cet épithète de *psycho-névrose* à un accès maniaque ou mélancolique franc, à une confusion mentale, à des troubles mentaux de nature épileptique ou *même à un délire systématisé chronique.*

Ce terme de psycho-névrose ne nous semble pas particulièrement heureux, car il prête à de regrettables confusions et si, dans le cas présent, nous le retenons exceptionnellement, c'est qu'il *nous semble qu'il peut particulièrement et peut-être exclusivement s'adapter à la schizophrénie.*

Quelle différence y a-t-il entre une névrose et une psychose ? C'est la « colle » classique que posent malicieusement les médecins non spécialisés aux psychiatres. Il nous faut avouer que nous sommes parfois un peu gênés dans notre réponse. Cependant, nous pouvons, croyons-nous, avancer quelques arguments : tout d'abord celui de la conscience plus ou moins claire d'un état morbide. Un névrosé reconnaît son état, un psychopathe jamais. *C'est seulement parmi toutes les maladies mentales,* dans la schizophrénie, qu'on retrouve, à la période de début, cette conscience de l'envahissement morbide (qu'on ne rencontre pas, par exemple, dans le début des délires systématisés chroniques où l'anxiété, l'inquiétude imprécise, se projettent pour construire peu à peu le délire purement affectif). Un névrosé a peur de devenir fou et nous le répète, un psychopathe jamais (sauf chez le schizophrène à la phase prémonitoire).

Chez un névropathe, le jugement n'est jamais gravement atteint, chez les psychopathes toujours, et spécialement en ce qui concerne ses errements thymiques. Un névropathe reste sensible dans une certaine mesure à des arguments raisonnables (qu'ils soient intellectuels ou affectifs), un psychopathe refuse toute argumentation et se rebelle contre elle. Même dans les propos les plus névropathiques, il y a une certaine part de cohérence et de logique. L'intelligence y participe en général. Chez le psychopathe, c'est uniquement l'affectivité qui joue le rôle prédominant. Ce qui n'est pas exactement le cas dans la schizophrénie.

Enfin, nous aventurant dans d'autres comparaisons plus osées, nous dirons qu'il nous semble que chez le névropathe, le cortical (le psychique) retentit sur le sous-cortical dans un sens psychosomatique, alors que chez le psychopathe, c'est le sous-cortical qui retentit sur le cortical (sur le psychique) dans une perspec-

tive cette fois somato-psychique. Si l'on pousse d'ailleurs les investigations biologiques dans l'un et l'autre cas, on constate que les perturbations biologiques sont différentes. Certes, il peut y avoir des troubles anatomo-physiologiques étendus qui atteignent à la fois les centres corticaux et sous-corticaux, comme le montre le délire aigu. Il peut y avoir aussi des phases de transition entre la névrose et la psychose. Il n'est pas plus illogique de supposer qu'il peut y avoir une *association des deux.*

C'est précisément dans la schizophrénie qu'on retrouve, à la période prodromique, ce clivage de transition ; puis, à la période d'état, le type associatif. Si bien qu'on peut être raisonnablement tenté d'accorder au noyau névrotique une part de responsabilité dans les symptômes de la démence précoce installée.

C'est ainsi que beaucoup de manifestations de ces malades obligent à penser aux manifestations hystériques. Nous ne voulons pas seulement parler des phénomènes d'extase, signalés par de nombreux auteurs, de l'humeur versatile, capricieuse, paradoxale, déroutante, des réactions émotives outrancières et apparemment immotivées, des fugues de la période prodromique, de l'automatisme verbal, des raptus impulsifs, des conduites symboliques ; mais aussi du négativisme, des stéréotypies, des anomalies du tonus musculaire et de la régulation motrice, peut-être même de cette catatonie encore mal élucidée.

Chez l'hystérique comme chez le schizophrène, on retrouve le refus de la réalité, le défaut de maturation affective, la même labilité des émotions, une suggestibilité assez voisine. Il n'est pas toujours aisé de faire chez le dément précoce une différenciation radicale entre le refus de la réalité et la perte de contact avec celle-ci ; surtout quand on tente de l'analyser en période de rémission, ou au moment du réveil après un coma hypoglycémique. On s'est longuement appesanti sur le monde autistique du schizophrène ; mais est-ce que l'hystérique ne vit pas lui aussi dans un monde autistique et imaginaire personnel ?

Certes, ces similitudes symptômatiques ne sont pas totales. C'est qu'en effet au terrain névropathique préexistant s'est ajouté, chez le schizophrène, un élément encéphalitique (dans le sens très large du mot) qui modifie, qui accentue les perturbations antérieures et qui y apporte aussi ses symptômes nouveaux. C'est peut-être là que résident les analogies et les différences que signale H. Baruk entre les crises hystériques et les crises catatoniques des schizophrènes ?

Cette conception du noyau névrotique préexistant peut expliquer, dans une certaine mesure, pourquoi certaines races, certain

sexe, certaines étapes critiques de la vie (puberté, adolescence, préménopause) sont plus exposés que d'autres à ce type de psychose.

La personnalité paranoïaque des schizophrènes a déjà été signalée par différents auteurs : Terrien, Genil-Perrin, Montassut citent des cas d'états interprétatifs dans la démence précoce, mais ils pensent que le délire apparaît alors plutôt comme un accident qu'à titre d'épanouissement progressif et lent d'une constitution paranoïaque. Genil-Perrin et Lévy-Valensi présentèrent à la Société de Psychiatrie, en 1913, deux malades de ce type, et ils concluèrent : « Dans nos deux observations, Mme R... et Mlle A... n'étaient nullement des paranoïaques constitutionnelles. A une période de leur existence, elles se sont mises à se comporter comme des paranoïaques en attendant de verser dans la démence confirmée. »

Dans un numéro de *L'Encéphale* de 1923, H. Claude, A. Borel et G. Robin émettent des « considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque ». Pour eux, le fond paranoïaque n'est qu'un aspect interprétatif de la psychose et c'est le fond discordant qui va conduire à la schizophrénie ?

En 1942, à la Société médico-psychologique, MM. Laignel-Lavastine, H. Mignot et Talairach apportèrent l'observation « d'une conduite paranoïaque au début d'une schizophrénie chez un encéphalitique ».

Il s'agissait du cas d'un malade qui s'était fait interner pour avoir giflé, pendant l'occupation, une sentinelle allemande parce qu'on ne reconnaissait pas qu'il était le meilleur helléniste du monde. Dès son entrée dans le service : chute de l'attitude paranoïaque, asthénie, autisme, délire, schizophrénie typique. Dans les antécédents, on retrouvait une encéphalite léthargique sept ans auparavant qui avait entretenu un petit noyau délirant.

Ce dernier exemple présente un certain intérêt vis-à-vis de la thèse que nous proposons. Comme nous le signalions plusieurs fois, par des exemples, au cours de ce travail, les tendances paranoïaques s'estompaient au cours de l'évolution de la maladie mentale, mais elles existaient auparavant, elles s'étaient exacerbées, ici, après une atteinte d'encéphalite léthargique. Toutes les conditions que nous avons déjà retenues s'étaient successivement réalisées.

Dans les cas de MM. Claude, Borel et Robin, il est difficile de savoir si, selon leur expression, le fond « discordant » a précédé le fond « paranoïaque », mais ils reconnaissent que, vraisembla-

blement, c'est ce dernier qui a donné à la psychose son aspect interprétatif.

Les observations et les citations de MM. Lévy-Valensi, Genil-Perrin, Terrien Montassut, envisagent surtout des formes délirantes de schizophrénie déjà avancées, mais qui avaient cependant débuté en se manifestant par un comportement paranoïaque.

Comme nous l'avions déjà noté, il n'est pas toujours aisé de retrouver dans le passé d'un schizophrène avéré des antécédents paranoïaques parfois assez discrets pour ne pas avoir frappé fortement l'entourage. Mais nous avons insisté sur la réapparition de telles tendances, cette fois souvent aggravées, lors des périodes de rémission.

Nous avons enfin eu l'occasion d'apporter ici plusieurs observations particulièrement démonstratives.

Nous tenons surtout à préciser à nouveau que presque toujours cette personnalité paranoïaque antérieure était associée à une personnalité névrotique à prédominance hystéroïde, l'une pouvant dominer l'autre. Il n'est d'ailleurs pas tellement exceptionnel de rencontrer une telle association. Il nous est arrivé assez fréquemment de constater chez un même sujet des réactions à la fois hystériques et paranoïaques. C'est même, nous semble-t-il, un type de déséquilibre névrotique assez commun.

C'est sur ce noyau hystéro-paranoïaque que le schizophrène bâtira sa psychose et lui donnera une orientation particulière selon qu'un des deux éléments prédominera. Nous avons déjà décrit les symptômes vraisemblablement nés du noyau hystéroïde. Le noyau paranoïaque apportera l'élément délirant et agressif (tel le cas de notre observation princeps). Il jouera son rôle principal dans la forme paranoïde, alors que le noyau hystéroïde semblait prédominer dans la forme hébéphréno-catatonique. Mais toutes ces constructions délirantes seront infralogiques parce que dominées par des perturbations directement encéphalitiques surajoutées créant des troubles du cours de la pensée. On assistera ainsi à des élaborations fantastiques, à des hypochondries incohérentes, à des thèmes d'influence épisodiques, à des tentatives et à des échecs de « compensation ». Enfin, pour des raisons difficiles encore à élucider, ce noyau hystéro-paranoïque préexistant va se dissocier, va éclater, et créer chez le même sujet des alternances de comportement (tantôt hystérique, tantôt paranoïaque), qui lui donneront l'impression d'une véritable dislocation de sa personnalité, d'un tiraillement permanent, d'un écartèlement, qui pourrait peut-être apporter quelque lumière dans l'explication des symptômes d'ambivalence,

de discordance, de dissociation affective, de sentiment d'étrangeté. C'est peut-être aussi à la faveur de cette sensation d'effondrement, de dislocation, d'éclatement de la personnalité, d'intercommunications impossibles avec ses semblables, que le malade s'isole de plus en plus dans un monde nouveau fabriqué *par lui seul et pour lui seul,* qu'*il s'exile du monde réel.*

C'est pourquoi nous avons cru pouvoir définir cette maladie mentale sous le nom de « Psycho-Névrose d'Ecartèlement, d'Eclatement et d'Exil ». Voici ce qu'écrit E.-M. Cioran dans son récent livre : « La Tentation d'Exister » :

« C'est à tort que l'on se fait de l'exilé l'image de quelqu'un qui abdique, se retire et s'efface, résigné à ses misères, à sa condition de déchet. A l'observer, on découvre en lui un ambitieux, un déçu agressif, un aigri doublé d'un conquérant... L'exil, à ses débuts, est une école de vertige... »

Dans son beau travail sur « La Personne du Schizophrène », Jacob Wyrsch, de Berne, apporte pas mal d'eau à notre moulin. Il écrit en effet : « Ida, en tant que personne, n'est pas superficielle, mais, au contraire, structurée, élaborée. L'impression qu'elle donne est celle de dissociation, c'est-à-dire de deux personnes qui en elle se succèdent comme dans une personnalité alternante. On a l'impression qu'une partie d'elle-même prend part à la vie quotidienne et se règle sur elle, mais qu'une autre se confine dans sa maladie. Tantôt la partie saine, tantôt la schizophrène prend le pas sur l'autre, et ainsi elles s'altèrent l'une et l'autre. Si la malade aiguë vit et s'irrite de cette dissociation, la malade chronique s'y est adaptée. »

Nous remplacerons ici seulement quelques termes en parlant nous aussi d'une personnalité alternante, tantôt hystérique, tantôt paranoïaque.

Ce même auteur ne croit pas beaucoup, un peu comme nous, à la perte du contact avec la réalité. « Il est bien rare, dit-il, que ce contact ait complètement disparu au cours des poussées aiguës ; et, pour celui qui se méfie de la mimique, de l'attitude, des mouvements observés chez les malades stuporeux, il pourra apprendre de ceux-ci, après leur guérison, que le rapport affectif n'était point disparu, mais que le monde était vécu sur un mode ambigu, étrange, et que, de ce fait, le contact était devenu obligatoirement tout autre. »

Il est tout aussi réticent, un peu comme nous également, quant aux rapports généralement admis entre la schizoïdie et la schizophrénie.

L'un de nous a eu l'occasion (certes bien limitée) de connaître presque depuis leur naissance deux sujets devenus plus tard schizophréniques aux alentours de la vingtième année. Il les voyait fréquemment. Aucun des deux n'extériorisait dans son enfance et adolescence un comportement schizoïde. Ils étaient au contraire turbulents, enjoués, ingénieux, simplement hypernerveux. C'est d'ailleurs ce que précisent beaucoup de familles évoluées et intelligentes quand on insiste dans ce sens.

C'est à propos de la perte de contact avec la réalité que l'un de nous conserve intact dans sa mémoire un des souvenirs les plus troublants de sa carrière, alors qu'il était chargé du service des hommes à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, quelque dix ans environ après la première guerre mondiale de 1914-1918.

Ce service recevait, à cette époque, des militaires, et en particulier pas mal d'officiers transférés du Val-de-Grâce. Parmi eux se trouvait un capitaine d'artillerie, ancien polytechnicien, qui depuis plusieurs années était plongé dans une hébéphréno-catatonie profonde avec phases fréquentes de stupeur catatonique. Abominablement négligé dans sa tenue, d'une excessive malpropreté, souvent gâteux, dans le mutisme le plus complet, il passait sa vie tantôt dans son lit, tantôt dans la cour du quartier. Il se vautrait alors à même le sol, aux endroits les plus poussiéreux qu'il pouvait trouver, urinant souvent dans son pantalon. C'est durant un tel jour que le médecin traitant reçut la visite du Général Z... demandant à voir le Capitaine X... pour le motif suivant qu'il nous exposa : « Le Capitaine X... s'est livré à de remarquables travaux de balistique. Il avait groupé une documentation très importante qu'on ne pouvait pas retrouver, car il était tombé malade au milieu de ses recherches. » Le praticien exprima au Général son scepticisme quant au succès de cette démarche, cependant, il l'accompagna jusqu'à l'intéressé. Celui-ci était justement vautré dans la poussière. Quand il aperçut son ancien supérieur, il bondit, se figea dans un garde-à-vous impeccable, puis suivit docilement ses interlocuteurs jusqu'au bureau le plus proche. Alors il fournit au Général tous les renseignements que celui-ci désirait. Quand l'un de nous le revit deux heures après, il trouva le Capitaine X... à nouveau vautré dans la poussière et plongé dans le mutisme le plus complet. Il demeura ainsi les jours suivants. Il est probable que cette visite imprévue avait agi sur lui comme un choc complexe. Ce malade a été perdu de vue par nous depuis plus de 25 ans (nous croyons savoir qu'il est mort dans le marasme démentiel ?). Il est possible

de penser que si l'on avait connu à cette époque les diverses thérapeutiques de chocs, il aurait été récupérable.

Que conclure, de toute façon, d'un tel sujet qui, dans un éclair de lucidité, retrouve instantanément son contact avec le réel pour retomber aussitôt après dans son monde irréel ?

Tels sont, croyons-nous, les aspects successifs de la personnalité du schizophrène, au cours de ses étapes morbides, aspects qui se découvrent plus clairement antérieurement à la maladie et dans les périodes de rémission ; avec plus de difficulté, mais cependant encore suffisamment dans la période d'état. Tout au moins avant qu'il ne sombre dans la capitulation définitive (éventualité beaucoup plus rare avec nos moyens thérapeutiques actuels).

Mais *nous tenons à répéter que pour que la personnalité psycho-névrotique éclate et aboutisse à la psychose caractérisée, il faut obligatoirement que s'y ajoutent des conditions nouvelles et nécessaires d'ordre, soit génétique, soit toxique ou infectieux, soit traumatique, soit neuro-endocrinien.*

C'est en effet ce dernier point de vue, celui de ces conditions nouvelles et nécessaires, qui différencie notre conception de celle préposée par J. Alves Garcia (de Rio-de-Janeiro), il y a un peu plus d'un an, dans son travail sur « le début névrotique des schizophrénies ». Au cours de notre exposé, nous avons occasionnellement signalé comme lui que la psychasthénie se trouvait assez souvent dans les antécédents de la schizophrénie. Lui précise : « Que beaucoup de cas de psychasthénie se terminent par la démence précoce », mais sans *indiquer comment, par quel processus, peut s'effectuer ce passage de la névrose à la psychose.* Ailleurs, il écrit : « Les schizophrénies à début névrotique ont, généralement, une évolution plus bénigne et sont de meilleur pronostic que d'autres formes. » Notre opinion quant au pronostic diffère beaucoup de la sienne, c'est pourquoi nous nous demandons s'il n'évoque pas de simples névroses à symptomatologie para-schizophrénique, c'est-à-dire de fausses schizophrénies, car c'est le plus souvent dans ces cas de psychasthénie un peu atypique qu'on aboutit à une telle confusion. Nous ne croyons pas, comme il le suppose, qu'il existe « des formes marginales » de démence précoce ou même des formes de transition entre la névrose et cette psychose. Certes, le passage ou l'association de l'une à l'autre s'accomplit à un certain moment, et c'est pour le psychiatre la période la plus cruciale et la plus difficile pour l'affirmation de son diagnostic. Mais en général,

dans la véritable installation de l'hébéphrénie, cette phase critique ne dure pas longtemps. Elle rétrocède assez vite si *l'action nocive de la composante nouvelle est insuffisante ou s'atténue rapidement.* On peut précisément démasquer ces évolutions avortées après certains traumatismes crâniens, après, par exemple, des hémorragies méningées lentement résorbées (nous avons pu en recueillir plusieurs observations que nous publierons par la suite). J. Alves Garcia a parfaitement raison lorsqu'il indique la valeur de la défense névrotique de la personnalité et lorsqu'il ajoute qu'à l'opposé, le processus schizophrénique est destructeur de cette même personnalité ; que la structure névrotique défend celle-ci et peut composer en partie les symptômes de la psychose.

C'est justement ce que nous avançons, à savoir : que cette défense névrotique certaine fléchit à un certain moment pour des motifs nouveaux à prédominance cette fois biologique et médicale, et qu'alors il faut traiter avant tout cette étiologie intempestive afin d'éviter, dès que possible, l'accentuation de la détérioration mentale menaçante, cela jusqu'au retour au substratum névrotique antérieur, justiciable ensuite à son tour d'une autre thérapeutique apte à éviter les récidives en cas de nouvelles agressions physiopathologiques.

Après en avoir groupé de très nombreux cas, cela sans discrimination préalable, nous ne croyons pas qu'existent de réelles schizophrénies à début *uniquement* névrotique ou de réelles schizophrénies pseudo-névrotiques pouvant s'apparenter à de pures psychoses réactionnelles par exemple.

Essai d'une élaboration thérapeutique

Un médecin, fût-il psychiatre, ne doit pas regarder son malade comme une pièce de collection. Il doit, à tout prix, tenter de le guérir.

Aussi, avec les conceptions que nous avançons, est-il raisonnable d'essayer d'élaborer une orientation thérapeutique.

Lorsqu'un organe mécanique est surtendu et fragile dans sa totalité, il faut éviter de le surmener, de le violenter. Il est au contraire indiqué de traiter, de ménager, de supprimer ses défaillances. C'est la méthode prophylactique.

Si, malgré tout, à la suite d'*un accident imprévisible,* l'organe éclate, il importe de regrouper et de réajuster les pièces éparses tout en supprimant les dégâts mêmes du traumatisme.

Enfin, quand cet organe mécanique a été révisé et réadapté,

il faut le faire repartir dans son fonctionnement en rodage progressif et prudent.

La méthode prophylactique est souvent trop tardive en raison de l'aveuglement des familles ou de leur ignorance.

Les progrès de la Psychiatrie sociale, surtout ceux du contrôle des groupes scolaires et d'apprentissage, peuvent apporter ici de précieux secours. Dépisté à temps, chez de jeunes sujets, le noyau névrotique peut être utilement réduit par des techniques appropriées. Nous croyons qu'en l'occurrence, les *thérapeutiques psychanalytiques* peuvent être d'un précieux concours. Nous accordons en effet à la psychanalyse des enfants et des adolescents confiance et espoir (plus qu'à celle des adultes).

Dans de tels cas, il est quelquefois indispensable, ainsi que l'indiquait Freud dans son premier volume sur l'hystérie, de rechercher le trauma lointain qui a pu créer cet état névrotique. Mais ce traitement psychanalytique doit être accompagné de tous les contrôles médicaux indispensables (contrôle de la cutiréaction, de la vitesse de sédimentation, de la primo-infection, des infections aiguës ou latentes, de la fragilité familiale, etc.).

Le plus souvent, hélas, quand nous abordons le malade, il en est arrivé au stade de la psychose confirmée et souvent alors le contact est avec lui beaucoup trop lointain pour pouvoir envisager une thérapeutique psychothérapique cohérente. Il importe alors de rechercher par une anamnèse approfondie, par des contrôles biologiques prolongés et répétés (que nous permettent actuellement les laboratoires), les causes médicales ou génétiques qui ont provoqué l'éclatement, la dislocation. Si la chance favorise ces recherches et qu'on puisse électivement traiter cette étiologie reconnue, on se trouve alors dans une position excellente.

Beaucoup plus souvent, les données recueillies demeurent incertaines et floues et il faut recourir aux traitements classiques. Il nous apparaît aujourd'hui que de toutes ces techniques, celles qui s'adressent aux neuroleptiques sont les plus actives et les moins traumatisantes. Des cures complètes, dirigées (en excluant les contre-indications, selon chaque cas) de chlorpromazine, obligatoirement associée à des produits hormonaux tels que la folliculine, permettent pour le moins d'améliorer le contact d'une façon effective.

C'est alors qu'il nous apparaît comme indispensable, surtout si l'évolution est déjà relativement ancienne, de *préciser pour le mieux le degré, l'âge, le niveau de régression affective présentés par le sujet.* Ce repérage permet de serrer pour le mieux,

soit le moment de formation du noyau névrotique, soit celui du départ de la psychose elle-même. Ce sera là une discrimination utile aussi bien au point de vue psychologique que médical. Mais dans de telles interprétations il faut être à la fois objectif et prudent. On a beaucoup parlé au cours de ces dernières années du couple « médecin-malade » et des méthodes de dialogue capables de forcer la barrière affective du schizophrène.

La pratique n'en est pas aussi facile que la théorie, car entre le schizophrène et son interlocuteur, surgissent des difficultés multiples. Il nous a semblé que les plus importantes étaient celles constituées par les différences de niveau social, intellectuel, éducatif, et même par la différence de sexe et d'âge. C'est ainsi qu'on remarque rapidement qu'il est souvent plus aisé pour nous de converser utilement avec un schizophrène de maison de santé qu'avec un schizophrène d'un service d'hôpital. L'idéal serait évidemment qu'un psychiatre sain d'esprit se trouvât face à face avec un autre psychiatre de même âge, de même sexe, de même orientation, mais lui *schizophrène*. Eventualité exceptionnelle et indésirable ! Peut-être pourrait-il jaillir alors quelque claire lumière.

La Psychothérapie dans la période aiguë est plus qu'aléatoire, elle se réduit aux directives et aux précautions affectives essentielles qu'un psychiatre averti pratique à l'égard de tout malade mental en phase paroxystique.

Il n'en est plus de même dans la phase de déclin et surtout de rémission. Pour entreprendre cette fois une Psychothérapie indispensable, il importe tout d'abord de s'assurer que la consolidation *aussi bien physique que psychique* est suffisante. C'est là, croyons-nous, une condition essentielle pour ne pas aboutir à des échecs ou à des résultats éphémères, sinon à des rechutes. Il n'y a pas de Psychothérapie standard, il n'y a que des Psychothérapies électives pour chaque sujet.

Il s'agira cette fois de traiter surtout les symptômes à prédominance paranoïaque et aussi les réactions résiduelles de la psychose qu'elle-même a créées (timidité, insociabilité, impulsivité). On s'adressera à l'éducation ou à la rééducation professionnelle, à la rééducation motrice et sensorielle, à l'ergothérapie collective. Il s'agira en somme de resocialiser le sujet.

Cette cure de rééducation psychothérapique présente cependant certains écueils, il ne faut pas s'y obstiner si le malade réagit mal, ou au contraire, il ne faut pas la prolonger outre mesure si elle s'avère favorable. Le milieu hospitalier n'est jamais satisfaisant pour de tels sujets. Il peut les enkyster dans

une semi-activité stéréotypée incomplète et avortée qui prépare de nouvelles défaillances. Il faut avoir l'audace réfléchie de les relancer le plus tôt possible dans un milieu normal, peut-être cependant en passant par l'intermédiaire d'un centre de jeunes mentalement sains, si l'ambiance familiale est plus ou moins névrogène ou incertaine.

Le résultat de *cette psychothérapie fût-il particulièrement heureux, la partie ne peut cependant pas être considérée comme gagnée*. Le plus souvent, quand on fouille en profondeur de tels anciens schizophrènes socialement reconquis, on retrouve toujours présent le noyau névrotique antérieur, préexistant à la psychose.

Aussi, si l'on veut éviter de nouvelles rechutes à échéance variable, il faut les confier au psychanalyste, lui seul capable de les débarrasser de la lie résiduelle névrotique et schizogène.

Nous rejoignons ici une part de la conception thérapeutique de J. Alves Garcia. « Il y a intérêt, écrit-il, à obtenir la névrotisation du schizophrène. » Nous dirons plus exactement qu'il est essentiel de ramener le malade à sa névrotisation antérieure ; ensuite de traiter celle-ci.

Conclusions

Telle que nous la concevons, la vieille Démence Précoce n'est pas exactement une Schizophrénie. Nous la considérons comme une Psycho-Névrose d'éclatement d'une personnalité déjà surtendue et fragile, éclatement d'un noyau névrotique préexistant soit héréditaire, soit acquis, éclatement provoqué lui-même par des *conditions anatomo-physiologiques et pathologiques nouvelles autant que nécessaires, mais non fatalement irréversibles.*

Ce noyau névrotique préexistant nous paraît composé d'éléments complexes, mais surtout d'éléments hystériques et paranoïaques. Lorsqu'il est ainsi démantelé par « d'autres agents nocifs » inhabituels, il crée au sein même de la psychose des symptômes nouveaux, déformés, défigurés, jusque-là non présents. Nous voulons *parler en particulier des troubles associatifs.*

Or, qu'écrivait encore Freud en 1908 : « Dans la névrose, les associations restent logiques. Les chaînes d'association donnent l'impression d'être disloquées. Il ne s'agit que d'une apparence. » Pour que cette dislocation associative soit devenue cette fois effective, il a fallu l'apport de conditions inaccoutumées.

C'est pourquoi, à un tel syndrome, nous répétons que nous donnerions plutôt le nom de « *Psycho-Névrose d'Eclatement d'une Personnalité névrotique* ».

BIBLIOGRAPHIE

Abély (P.) et Feuillet (Ch.). — Les idées délirantes de jalousie dans la démence précoce. *Annales Médico-psychologiques,* mai 1941.

Alves Garcia (J.). — Le début névrotique des schizophrénies. Edition di *Jornal brasileiro de psiquatria,* Rio de Janéiro, 1954.

Ballet. — Rapport sur l'hystérie et la folie. *Congrès Clermont-Ferrand,* p. 231.

Baruk (H.). — *Psychiatrie médicale,* Masson, 1948. — Les fausses schizophrénies. *L'Evolution psychiatrique,* fascicule I, 1956.

Capgras, Rouart. — Hystérie ou schizophrénie ? *Annales Médico-psychologiques,* 1935, II, p. 73.

Caron. — *Annales Médico-psychologiques,* II, 1935, p. 80.

Cioram (E.-M.). — *La tentation d'exister,* Gallimard, 1956.

Claude. — Rapports de l'hystérie et de la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques.* II, 1937, p. 1 et 241.

Claude. — Autre article. *Archives neurologiques,* Bucarest, n° 1, p. 23.

Claude-Borel et Robin. — Considérations sur la constitution schizoïde et sur la constitution paranoïaque. *L'Encéphale,* 1923, p. 480.

de Clérambault. — *Œuvre psychiatrique,* Presses Universitaires, 1942.

Courbon. — *Hystérie et schizophrénie, pithiatisme et simulation.*

Dublineau. — Rapports de l'hystérie et de la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques,* 1938, t. II, p. 469.

Frétet. — Les causes affectives de l'érotomanie. *Thèse,* Paris, 1938.

Freud (S.). — *Etudes sur l'hystérie,* Presses Universitaires Françaises, 1956 (traduction A. Bermar).

Freud (A.). — *Le traitement psychanalytique des enfants,* Presses Universitaires de France.

Genil-Perrin. — *Les paranoïaques,* Maloine, 1927.

Guiraud (P.). — *Psychiatrie clinique,* Paris, 1956, Le François.

Laignel-Lavastine, Mignot et Talairach. — *Annales Médico-psychologiques,* 1942, p. 280.

Lôo (P.). — Névroses et états névrotiques. *Annales Médico-psychologiques,* n° juillet 1956.

Minkowski (E.). — *La schizophrénie.* Nouvelle édition, 1953, Edit. Desclée de Brouwer.

Montassut (M.). — La constitution paranoïaque. *Thèse,* Paris, 1924.

Picard. — Les mécanismes névrotiques dans les psychoses. *Evolution psychiatrique,* 1937, IV, p. 51.

Pignède et Abély (P.). — Etat de béatitude chez une schizophrène. *Annales Médico-psychologiques,* mai 1929.

Sérieux et Capgras. — *Les folies raisonnantes,* Alcan, Paris, 1909.

Séchehaye (M.-A.). — *Introduction à une psychothérapie des schizophrènes,* Presses Universitaires de France, 1954.

Sivadon (P.). — *Annales Médico-psychologiques,* 1955 (Société M.P., séance du 28 novembre 1955).

Steck (H.). — Les attitudes schizophréniques. *L'évolution psychiatrique,* I, 1956.

Terrien (E.). — *Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce,* Leclerc, Paris, 1913.

Wyrsch (Jacob). — *La personne du schizophrène,* Presses Universitaires de France, 1955.

ARTHUR RIMBAUD FUT-IL SCHIZOPHRENE ?

PAR

Edgar WOLFF

Trois points ont retenu mon attention :

1° Le caractère morbide de sa poésie, présentant, comme je le montrerai, non seulement des sujets étranges, mais, dans le détail, des explosions sensorielles, des phrases sans grande signification, des assonances verbales, comme dans les poèmes d'un jeune homme étudié par moi et devenu ensuite schizophrène (1). On trouve encore chez Rimbaud des mots bizarres, même des néologismes, chose fréquente dans le vocabulaire des aliénés.

2° Le fait que cette production poétique précoce s'est subitement et définitivement arrêtée. Il faudra en chercher les raisons.

3° L'attitude existentielle de Rimbaud : les fugues de l'adolescent, l'homosexualité, les indélicatesses morales, peut-être un certain sadisme. Enfin les dessins satiriques et obscènes confirment le caractère scatologique de son imagination.

Suffit-il, à propos de sa production poétique et de ses extravagances, de ses vagabondages, de parler, avec M. Debesse, professeur à la Faculté de Strasbourg, d'une crise d'originalité juvénile, et ne faut-il pas aller jusqu'au diagnostic de schizophrénie, ou en tout cas d'états schizoïdes accentués ? Rappelons que cette maladie frappe la jeunesse au moment de la formation de la personnalité, et qu'aujourd'hui les psychiatres, à la suite de Bleuler, admettent qu'elle peut prendre des formes frustes, ne nécessitant pas l'internement du sujet dans un hôpital psychiatrique : le jeune homme ne se présente alors au clinicien que comme bizarre, replié sur lui-même, parfois incompréhensible ; seule la forme catatonique, avec son agressivité, est dangereuse. Beaucoup

(1) C'est même par analogie avec le cas de ce jeune poète que je me suis posé le problème de la vésanie de Rimbaud.

de ces malades relèveraient plutôt d'un centre de rééducation que de l'asile ; mais si Rimbaud avait eu une mère plus cultivée, plus compréhensive, et si elle avait vécu aujourd'hui, car, de tels établissements n'existaient pas à l'époque, on peut penser qu'elle n'aurait pas fait revenir chez elle son fils entre deux gendarmes, mais qu'elle l'aurait placé dans un de ces centres psycho-pédagogiques.

A vrai dire, l'hypothèse que je formule a déjà été émise. Je ne le savais pas quand elle me vint à l'esprit, mais j'ai l'habitude de rendre hommage à mes devanciers, et je vais vous entretenir, pour commencer, du livre du Dr Fretet, *L'aliénation poétique*, paru en 1946 chez Janin, où il traite du cas Rimbaud à côté de Mallarmé et de Marcel Proust. Or, il n'hésite pas, lui, à émettre le diagnostic de schizophrénie. Je vais donc exposer ses arguments, en leur apportant parfois des références supplémentaires. Je passerai ensuite à l'examen critique.

Le Dr Fretet a en quelque sorte mis en exergue le mot bien connu de Rimbaud : « Je est un autre », et voici son commentaire, p. 131, *op. cit.* : « La formule du voyant : Je est un autre, *s'applique également à l'artiste et à l'être moral,* rend compte *aussi bien de la « poésie objective » que des désordres du voyou,* de l'ambivalence que de l'inadaptation à la réalité intérieure. »

Et voici à peu près le développement de cette idée-mère, qui permet de qualifier Rimbaud de schizophrène.

C'est d'abord le symptôme majeur : la dépossession de soi-même, l'envahissement du moi par une sorte de puissance étrangère qui le domine, que Maëterlinck appelle « l'hôte inconnu », p. 129, *ibidem* : « Rimbaud ne choisit ni ne s'affirme. Il est choisi. Il subit son état. Il n'est pas maître de sa pensée. Il est si peu adapté à sa réalité intérieure discordante et contradictoire qu'elle lui semble imposée. » Il est toujours « étranger à lui-même ». Il est voyant « à la manière des possédés, il accuse une influence étrangère ». Et voici une citation de Rimbaud qui confirme son affirmation : « Ce n'est pas ma faute, c'est faux de dire : je pense, on devrait dire : on me pense... Tant pis pour le bois qui se trouve violon. La chanson est si peu souvent l'œuvre, c'est-à-dire la pensée chantée et comprise du chanteur. Si le cuivre s'éveille clairon, il n'y a rien de sa faute. »

Il en résulte tout naturellement des *hallucinations* dans les moments paroxystiques, lorsque la folie progresse. Pour L. Dupuis (*Revue philosophique*, 1907, I, p. 620-643), comme pour Sartre dans *L'Imaginaire*, l'hallucination cesse d'être reconnue

pour ce qu'elle est, une image, parce que le sujet cesse de la produire consciemment, volontairement. Il s'agit, pour le Dr Fretet, d'un épisode vésanique aigu, d'un raptus hallucinatoire, et il rappelle, p. 159, les deux vers de Rimbaud :

Multiples sœurs, voix
Pas du tout publiques (*Age d'or*).

Et encore, p. 197 : « Si l'on méconnaît cette maladie hallucinatoire, la plupart des *Illuminations* sont incompréhensibles. » Voici maintenant Rimbaud lui-même, dans *La Nuit de l'Enfer :* « Les hallucinations sont innombrables. » Il s'agit dans cette œuvre d'hallucinations visuelles. Mais Rimbaud a éprouvé aussi des hallucinations auditives ; or, elles sont considérées comme plus graves que les visuelles par tous les psychiatres, les premières ne sont souvent que le fruit d'une hyperesthésie de la rétine sous l'influence de toxiques ; moi-même j'ai subi des hallucinations visuelles à la suite de l'absorption de salicylate de soude à haute dose au cours d'un accès de rhumatisme fébrile (l'observation est consignée dans ma thèse, *La Sensation et l'Image,* p. 327-330, Toulouse, 1943, Faculté des Lettres). Ce n'est là qu'un trouble passager et sans retentissement profond dans le psychisme. Il n'en est pas de même des hallucinations auditives. Toutefois, chez Rimbaud, elles apparaissent sous leur forme la plus élémentaire, sans être rattachées à aucune idée de persécution, comme dans les états oniroïdes du Dr Ey. « Des bandes de musique rare » frappent l'oreille du poète et forcent sa plume. Rimbaud aurait été victime du phénomène de l' « écho de la pensée », qui répète, en les énonçant à haute voix, toutes les idées qui passent par la tête du sujet, ce qui se produit dans les processus de « fuite de la pensée », où s'opère, comme disent les Allemands, un Gedankenlautwerden : la pensée se convertit immédiatement en hallucinations verbales, parce qu'elle cesse de s'appartenir. Or, c'est là très souvent un symptôme de démence précoce commençante. Ernest Delahaye (Rimbaud, *L'artiste et l'être moral,* Messein, 1934) écrit, à propos des *Illuminations* et de *Une saison en Enfer,* que « l'esprit (du poète) est la maison aux fenêtres et aux portes grandes ouvertes, livrée à tout, à Dieu comme au Diable. Nul contrôle de la volonté sur les idées, pas plus que sur les sentiments. Et il a tout l'air de penser que le dernier degré du spiritualisme, c'est la complète anarchie intellectuelle ».

Il résulte d'un tel état mental toutes sortes de bizarreries incompréhensibles, qui sont « autant de conversations interceptées » (expression du Dr Fretet) entre Rimbaud et son « Hôte

inconnu ». Voyez encore d'autres passages d'*Age d'Or*, et l'écriture quasi-automatique, avec les assonances verbales, relevée par le Dr Fretet dans *Phrases, Michel et Christine*, par exemple ; il s'élève avec juste raison contre MM. Etiemble et Gauclère, qui la croient très rare.

Nous arrivons ainsi au langage ésotérique du schizophrène. Or, on trouve chez Rimbaud, non seulement une prédilection pour les mots étranges et rares, tels que les Nornes, dans *Soir historique*, les Solymes, etc., mais, ce que n'a pas relevé le Dr Fretet, de véritables néologismes ; ainsi, « Ithyphalliques », dans *Le Cœur volé*, « pialats », dans *Mes petites amoureuses*. J'ai en vain cherché la signification de ce mot dans le Larousse en 6 tomes et dans le Littré. Sans aller jusque-là, beaucoup de termes sont employés avec un sens nouveau très détourné. Rimbaud parle plusieurs fois d'un œil « darne », or le Larousse, comme le Littré, désignent sous ce vocable une tranche de poisson, plus particulièrement de saumon, mais il n'y est pas question de regard darne. Rimbaud a peut-être voulu dire : œil de poisson. Mais il a ainsi outrepassé les droits d'un écrivain qui se veut tant soit peu fidèle aux usages de la langue. Marc Stéphane, ancien pensionnaire d'hôpital psychatrique, dans son livre, *La cité des fous* (Grasset, 1914), emploie lui aussi une masse de néologismes. Rimbaud les adorait, il déformait les mots à plaisir. C'est là un symptôme possible de vésanie, lié au phénomène de l'écriture et de la parole automatiques, et encore à l'autisme, à l'indifférence du schizophrène devant la communication avec autrui ; le Docteur Charles Blondel l'avait noté déjà dans son livre, *La conscience morbide* (Alcan, 1914), et de son côté le Dr Quercy a montré, dans les états proches du rêve, ces créations verbales étranges, qui ont sur le moment un sens secret pour le sujet (1).

Le Dr Fretet conclut ainsi : « Ce développement de la personnalité seconde n'est possible qu'au prix de l'abdication de la personnalité première... Un fléchissement intellectuel léger prédispose aux faits d'automatisme mental chronique. Condition première de l'hallucination, cette prédémence ne fera que s'accentuer, tandis que progressera l'activité délirante. »

Mais il y a mieux. L'auteur explique par l'éclatement de la démence précoce le renoncement final de Rimbaud : « L'état confusionnel (a été suivi) d'un silence final..., par cette inéluctable loi qui assigne à toute psychose hallucinatoire chronique une

(1) Voyez *Accroupissements, Assis*, les passages ont été notés par le Dr Fretet, p. 200, *op. cit.*

terminaison démentielle. » Il trouve une confirmation de cette hypothèse audacieuse dans la sécheresse, voire l'indigence intellectuelles des dernières années de Rimbaud. Jean-Marie Carré, parlant des lettres envoyées d'Aden et de Harrar, écrit : « Il est difficile de concevoir correspondance plus lâche, où abondent autant de négligences et même de platitudes. » (*in :* « Les lettres de la vie littéraire de Rimbaud », réunies et annotées par lui, N.R.F., 1931).

Le Dr Fretet écrit, p. 183-4 : « Le sténogramme de Rimbaud et le silence consécutif témoignent d'une maladie : le délire hallucinatoire désagrégatif. Son évolution ne semble pas avoir été continue. Il semble qu'une succession d'épisodes ait eu lieu. Accès de durée variable, faits d'excitation intellectuelle, d'obnubilation confusionnelle, d'hallucinations, auditives et visuelles. Ces crises ont-elles été les paroxysmes d'une même évolution ou des bouffées délirantes distinctes ? [L'essentiel] est d'en connaître le résultat : l'affaiblissement intellectuel terminal..., succédant à un ou plusieurs délires, le tout survenant chez un sujet jeune, cette évolution place la maladie dans le cadre de la démence précoce. Sans doute s'agit-il d'une forme atténuée, quant à la dissociation terminale : elle n'en est pas moins certaine. »

Le Dr Fretet cherche la confirmation de cette hypothèse dans l'hérédité et l'étude physique du personnage. Rimbaud aurait hérité (p. 184) du caractère acariâtre, autoritaire, intraitable de sa mère. Peut-être faudrait-il aussi tenir compte du fait que son oncle maternel était appelé l'Africain. La passion des voyages aurait passé au neveu. Il faut cependant reconnaître que les apparences vont contre la thèse d'une hérédité morbide : les ancêtres, les Rimbaud comme les Cuif, étaient normaux (voyez l'arbre généalogique exposé à la Bibliothèque Nationale). Mais, dira-t-on, il faut bien que la maladie se déclare une première fois dans une famille. Aussi bien le Dr Fretet a-t-il découvert d'abord parmi les frères et sœurs : une fillette morte en nourrice, une jeune fille, décédée à 17 ans des suites d'une synovite probablement tuberculeuse, et surtout l'aîné, Frédéric, qui fut un peu niais, et qui ne fit pas grand-chose de sérieux dans l'existence : en 1872, il vendait *Le Petit Journal,* dans les rues de Charleville, et surtout à 17 ans il avait fait sa première fugue, donnant ainsi par surcroît le mauvais exemple au cadet (*op. cit.,* p. 185).

Voici maintenant pour A. Rimbaud lui-même : il était doué d'une mémoire prodigieuse, et jusque dans ses poèmes tardifs on trouve « la reproduction quasi-photographique des images ».

D'après Jaensch, les enfants présentent presque tous une telle capacité de reconstitution mentale, vive et intégrale, par exemple des cartes postales illustrées en couleurs qu'on leur présente, mais le Dr Jaensch fait de la persistance de l'eidétisme après 12 ans un symptôme morbide, définissant, avec les correspondances sensorielles, le type S ou schizophrénique (1). D'une façon générale, il existe chez Rimbaud une sorte d' « éruption involontaire des souvenirs... Il ne se rappelle pas, il est *visité* par les souvenirs ». Cette hypermnésie est un signe de dégénérescence. Mais, autre marque plus patente, c'est, p. 187, le gigantisme acromégalique. Delahaye, déjà cité, a rapporté la rapidité manifestement maladive de la croissance de Rimbaud : plus d'un pied en quelques semaines ; 18 cm. en six mois, selon Garma (Essai de psychanalyse d'A. R., *Revue française de psychanalyse*, 1938, n° 3, p. 499-543) ; certaines parties du squelette ont crû d'une façon tout à fait disproportionnée : « grandes mains, grands pieds, figure absolument enfantine et qui pourrait convenir à un garçon de 13 ans », a écrit L. Valade en octobre 1871 (passage cité par M. Fretet, p. 187). Rimbaud était donc atteint d'hyperfonctionnement antéhypophysaire (cf. aussi P. Arnoult, Rimbaud, A. Michel, 1943). L'hypophyse sécrète aussi des hormones gonadotropes, c'est-à-dire excite l'appétit sexuel (188), en particulier elle produit de l'excitation intellectuelle et une tendance à l'inversion, à l'homosexualité. Oscar Wilde serait lui aussi de ces acromégales pédérastes.

Enfin, il existe un diabète hypophysaire, produisant une soif inextinguible dont Rimbaud fut réellement atteint. Voyez *La Comédie de la soif ;* l'alcoolisme peut venir de là, et certaines œuvres furent certainement écrites au cours de crises de délire alcoolique. Exemple dans *Mauvais sang :* cauchemar du peloton d'exécution. Delahaye devine dans *Les Illuminations* « l'hyperidéation alcoolique continue », mais elle n'apparaît d'après lui, qu'en 1872-1873, alors que le Dr Fretet la diagnostique déjà en mai 1871, dans *La Lettre du Voyant*. M. Bouillane de Lacoste retient lui aussi l'éthylisme dans la rédaction de : *Bruxelles, Jeune ménage, Le loup criait sous les feuilles* (p. 46 de son *Edition des poèmes,*

(1) Cf. E. R. Jaensch : *Dispositions éidétiques et vie mentale des enfants*, Leipzig, Barth, 1934. Pour les références de Rimbaud, voir : Le bateau ivre, *Voyelles, métropolitain.* Dans ce poème en prose, on arrive à un syncrétisme sensoriel intégral, où les données des différents sens, non seulement se correspondent, mais se mêlent intimement (exemple : les parfums pourpres du soleil), ce qui constitue un retour à la phase primitive et indifférenciée des débuts de l'existence individuelle et de la vie de l'espèce, d'après Werner (L'unité des sens, *Journ. de Psych.*, p. 190-215, 1934).

au Mercure de France, 1939), et jusque dans l'écriture, qui serait celle du delirium tremens : O saisons, O châteaux, et surtout l'autographe des *Fêtes de la faim* (p. 51, *op. cit*). J'étudierai plus tard l'écriture d'Arthur Rimbaud. D'autre part, M. Fretet remarque que l'épuisement physique et la faim peuvent également engendrer un état confusionnel, oniroïde, il rappelle les témoignages de Rimbaud lui-même d'après un extrait des « Œuvres », par Paterne Berrichon : « Sur les routes, par des nuits d'hiver, sans gîte, sans habits, sans pain... Au matin, j'avais le regard si perdu et la contenance si morte. » A cet âge, où le corps a besoin d'être sustenté, Rimbaud resta parfois « des jours entiers et plusieurs jours de suite sans manger. S'il dînait, c'était la plupart du temps de croûtes ramassées dans la rue ou de détritus des marchés » (P. Berrichon). Et Roland de Renéville (*Rimbaud le voyant,* Denoël, 1936) rapproche ce fait du jeûne prolongé des ascètes, qui, dit-il, « accorde à l'esprit une liberté singulière et permet à la conscience d'enregistrer des révélations qui lui paraissent d'origine purement objective ». André Breton note des faits analogues. Et le Dr Fretet conclut ainsi, p. 190 : « Tare héréditaire, dysfonctionnement grave de l'hypophyse, intoxications diverses, surmenage, dénutrition : telles sont les causes apparentes de la première bouffée confusionnelle et hallucinatoire. Le début et la fin de la maladie sont assez imprécis. En mai 1871 la lettre du voyant semble indiquer l'irruption récente des phénomènes hallucinatoires. Pendant les deux années qui suivirent, obnubilé, dépravé, sordide, le poète voyou des *Illuminations* est bien un malade. » Le Docteur cite encore à l'appui le livre de J.-M. Carré (*La vie aventureuse de J. A. R.*, Plon, 1926).

Nous pouvons, pour notre part, achever maintenant cette première partie : il existe indéniablement dans la vie et l'œuvre d'Arthur Rimbaud des symptômes de dérangement mental. Mais le problème se pose de savoir s'ils permettent d'établir un diagnostic de schizophrénie. Etudions donc de plus près cette vie, avec ses attitudes existentielles. Le Dr Minkowski et moi-même caractérisons la schizophrénie, d'une façon générale, comme un manque de contact avec l'ambiance, un repli sur soi-même, une indifférence complète aux valeurs morales, à laquelle s'ajoutent souvent, au moins dans la forme catatonoïde, des comportements agressifs, grossiers, brutaux et cyniques (rappelons que J.-M. Carré parlait de son irritabilité morbide).

Examinons d'abord son enfance. Le Dr Fretet, comme tous les psychanalystes, fait jouer un grand rôle aux relations familiales,

Or, déclare-t-il p. 149-152, le père ayant abandonné la famille, Arthur fut livré à une mère trop sévère, « castratrice », ce qui favorise toujours l'homosexualité.

Mais avant, il succomba à l'onanisme, lié à l'admiration narcissique de soi-même (symptôme schizoïde), célébré par lui dans *Les Sœurs de charité :*

> *Les hommes dont l'œil est brillant, la peau brune,*
> *Le beau corps de vingt ans qui devrait aller nu,*
> *Et qu'eût, le front cerclé de cuivre, sous la lune,*
> *Adoré, dans la Perse, un génie inconnu.*

Dans *Conte,* M. Fretet aperçoit aussi un symbole de narcissisme : il s'agit d'une sorte de dédoublement du moi, nécessaire pour que le sujet puisse s'aimer lui-même, et qui s'achève dans l'union du double avec soi-même : *Le Prince et le Génie* s'anéantirent l'un l'autre et. moururent ensemble ; il y a peut-être là un désir d'auto-destruction de soi qu'on rencontre assez fréquemment dans la schizophrénie catatonique (on en trouve un autre exemple très net dans *Les déserts de l'amour,* avertissement, p. 155 des *Œuvres,* publiées au Mercure de France en 1952). Mais avant de mourir dans l'extase de l'amour solitaire, le Prince avait égorgé sa femme et ses amis, sans doute parce qu'il les jugeait indignes de lui-même, et qu'il voulait se suffire à lui-même, se réfugier dans « un splendide isolement », attitude autistique très schizoïde. Telle est l'interprétation que nous proposons de ce poème très ésotérique ; Roland de Renéville en offre une autre : Rimbaud poursuivrait la mort des sens pour s'élever à une vie purement spirituelle par l'ascèse mystique. Pour le dire tout de suite, nous n'admettons pas ce recours à un mysticisme, voire à un occultisme secrets de Rimbaud, nous y reviendrons plus loin. En tout cas, dans ce poème, rien n'autorise, à notre avis, une telle interprétation.

Développons maintenant l'admiration de soi-même chez Rimbaud, nous rappellerons ses affirmations audacieuses et paradoxales, du genre de celles de Nietzsche dans *Ecce homo,* telles que : « J'ai tous les talents, je vais dévoiler tous les mystères (*Nuit de l'Enfer*)... Je suis un inventeur bien autrement méritant que tous ceux qui m'ont précédé (*Vies*)... J'ai créé toutes les fêtes, tous les triomphes, tous les drames. J'ai essayé d'inventer de nouvelles fleurs, de nouvelles chairs, de nouvelles langues (rappelons-nous les néologismes) : « Depuis longtemps, je me vantais de posséder tous les paysages possibles. » (*Délire,* II,

Adieu, p. 198, éd. citée précédemment) (1). Le Dr Fretet se demande si nous n'avons pas là le témoignage d'un profond affaiblissement intellectuel, comparable à celui de la paralysie générale, et l'on sait que beaucoup d'exégètes de Nietzsche attribuent au début de cette maladie les outrances d'*Ecce homo*. Toujours est-il qu'éclate ainsi une admiration de soi-même vraiment pathologique, autre signe de schizophrénie (la paralysie générale n'existe pas chez le jeune homme, ni le délire mégalomaniaque de la paranoïa proprement dite). Le poète s'appelle encore « fils du soleil, de dieu, mage, ange » et se croit de nature princière (*Age d'Or*). On peut même suivre la progression dans ce sens depuis *L'Oraison du soir*, où elle n'est encore qu'une plaisanterie, jusqu'aux *Illuminations* et *Une saison en enfer*.

Mais voici que le narcissisme débouche sur l'homosexualité. Rimbaud eut la nostalgie de l'Androgyne (cf. *Antique*) ; le plaisir divin d'aimer « se décorpore » pendant la nuit en une union homosexuelle avec un dieu ravissant (*Patience*). Voyez déjà *Conte*.

Et ici force nous est de parler de l'aventure avec Verlaine. Deux versions opposées en ont été données. L'une d'elles, qui semble classique, tient véritablement Rimbaud pour un « ange » (cf. Paterne Berrichon), que le sensuel et canaille Verlaine aurait dépravé. En somme, du point de vue psychanalytique, on pourrait dire que Rimbaud, sans père, soumis à une mère qui aurait pu être une marâtre, vint se mettre sous la protection de Verlaine, son aîné de 10 ans, comme sous celle d'un père, et le fin visage d'enfant ébouriffé qu'il présentait à l'époque semble renforcer cette interprétation : comment une énorme perversité serait-elle contenue dans cet adolescent ? D'autre part, jamais Rimbaud, dans son œuvre, qui recèle pourtant pas mal d'obscénités ou de descriptions d'amours violentes et même sadiques (nous en offrirons plus loin de multiples exemples), n'a dépeint d'amours homosexuelles. Même son aventure avec Verlaine et ses déboires ne sont qu'effleurés, en termes allusifs, sous le couvert d'un amour normal (2) ; d'autre part, jamais, parvenu à l'âge d'homme, il n'a cherché la pédérastie ; à Harrar, il eut une maîtresse noire ; or, dans cet Orient, où de jeunes éphèbes étaient, à l'époque, voués fort souvent aux harems des seigneurs après avoir subi l'amputation totale des organes virils, Rimbaud n'aurait pas eu de mal à satisfaire une telle passion,

(1) Et aussi *Alchimie du verbe*, p. 181-182.
(2) Cf. *L'époux infernal*, dans *Délires*, p. 175 sq., Merc. de France, 1952.

s'il en avait été obsédé. Donc il faut admettre qu'il a été « séduit » par Verlaine et qu'il y a eu en quelque sorte « détournement de mineur ». Mais l'autre version a aussi des adeptes : Maurice Rostand, dans sa pièce de théâtre sur Verlaine, adopte en somme la thèse de Mme Verlaine, d'après qui c'est, au contraire, le jeune « voyou » qui a dépravé le doux, le pauvre Lélian, jusqu'alors époux sage, dévoué et fidèle. Le Dr Fretet, plus équitable, fait un partage de la « crapulerie » entre les deux compagnons de « vadrouille ». Toutefois, il remarque que Rimbaud ne fut, ni plus, ni moins, qu'un « gigolo », heureux, lui, qui était incapable de gagner sa vie, de vivre aux crochets de Verlaine ; au surplus, par ses fugues antérieures, n'avait-il pas déjà révélé sa nature violente et perverse ? C'est Rimbaud qui aimait le vagabondage, fût-ce dans la crasse, et qui entraîna Verlaine à Londres et à Bruxelles, c'est lui encore qui, jouant à la « belle cruelle », exaspéra Verlaine et fut vraiment le responsable du coup de pistolet de Bruxelles. Au reste, il n'hésita pas à livrer à la police son « frère », alors que Mme Verlaine mère, accourue, lui avait offert la liberté en lui glissant un louis pour retourner à Charleville. Donc, basse vengeance, dira le Dr Fretet. Si l'on ajoute que Rimbaud vola de l'argent dans l'armoire des Verlaine, on aura achevé le tableau (*op. cit.*, p. 129)).

De notre côté, à l'exposition Rimbaud, nous avons remarqué les dessins satiriques et même obscènes de Rimbaud, par exemple dans la scène intitulée : « Un missionnaire qui vient de Charleville » : une ronde caricaturale de femmes et d'hommes nus, ou à peu près, voilà ce que c'est, et il y en a d'autres encore.

Mais le Dr Fretet rapporte aussi des scènes d'agressivité sadique. Paraît-il, Verlaine et Rimbaud jouaient à s'envoyer des couteaux pointus entourés d'un mouchoir pour diminuer les risques de blessure grave, mais ils se coupaient ainsi jusqu'au sang. Rimbaud, dans un restaurant, menaça un jour d'un couteau plusieurs personnes, et alla jusqu'à mettre du vitriol dans un bock (*ibid.*, 178). Au reste, les poèmes sadiques sont fréquents chez ce dernier (alors qu'on n'en trouve pas un seul chez Verlaine) ; dans *Les réparties de Nina*, figure une sorte de cannibalisme érotique (p. 98-99 de l'édition de Bouillane de Lacoste) :

J'irais, pressant
ton corps...
Ivre du sang
Qui coule, bleu, sous ta peau blanche.

Et surtout *Being beauteous :* « Des blessures écarlates et noi-

res éclatent dans les chairs superbes. » L'obscénité abonde dans de nombreux poèmes, je ne citerai que *Hortense*, p. 262 de l'édition récente du Mercure, et *L'orgie parisienne*.

Comme il arrive souvent, le sadisme de Rimbaud est ambivalent, tourné contre lui-même. Voyez *Délire, Vierge folle*. Mais, avec l'ambivalence, nous parvenons à un dernier symptôme de la schizophrénie : dans cette maladie, le sujet n'est pas seulement séparé du monde extérieur, mais encore d'avec lui-même, déchiré au plus profond de son âme. Voyez *Délire, Vierge folle :* « On me coupera vraiment le cou. » Et le Dr Fretet rapporte de nombreux aspects de cette ambivalence : Rimbaud ne saura jamais se décider (p. 142), il est partagé, écartelé entre le libertaire, l'anarchiste, le voyant qui, selon l'expression du Docteur, ne peut être aussi qu'un voyou, et le bourgeois, ex-surmoi, provenant de son éducation familiale très sévère, dirait Freud. Déjà, à la fin de *La Nuit de l'Enfer*, il s'écrie : « Mon Dieu, pitié, cachez-moi, *je me tiens trop mal.* » Ou, encore, ses fugues, ses imprécations contre l'ordre sanglant établi par Thiers se doublent de larmes lorsqu'on l'arrête, et du silence de la peur après la fin de la Commune. M. Fretet n'hésite pas à proclamer que Rimbaud est au fond un lâche, un veule par hésitation perpétuelle.

Tel est le tableau du Rimbaud schizophrène ; il réalise les deux caractéristiques de la vésanie : il est d'abord *alienatus sibi*, étranger à lui-même (Je est un autre, le voyant, l'irruption des hallucinations diverses, des correspondances sensorielles de nature quasi esthésique, etc.), et *alienatus societati*, étranger à la Société, révolté, voyou, vagabond, agressif pervers et sadique et pour finir, dirons-nous, étranger, non seulement à l'ordre moral, mais aussi aux normes poétiques de son temps. Entre Verlaine et Rimbaud, l'original, le novateur, le révolutionnaire, c'est, à n'en pas douter, Rimbaud, l'ancêtre des surréalistes : N'ont-ils pas, comme lui, écouté les révélations, en eux, de « L'Hôte inconnu » de Maëterlinck, et poussé jusqu'au paradoxe leurs idées anarchistes, tel Vaché qui trouvait que le seul geste raisonnable était de tirer dans la foule ?

Et, pourtant, avons-nous le droit de déclarer Rimbaud authentiquement *alienatus* dans les deux sens du mot, authentiquement schizophrène ? Reprenons une par une les têtes de nos chapitres. Et d'abord l'œuvre poétique. Assurément, elle est étrange, bizarre, souvent incohérente vers la fin, et nous ne devons pas oublier qu'elle fut rédigée par un gosse de 16 à 20 ans, à une époque où elle fit encore plus de scandale qu'elle n'en ferait dans notre xxe siècle, accoutumé à toutes les excentricités, et un gosse qui,

par surcroît, vivait à Charleville, loin de la capitale, de tout cénacle littéraire. Mais à cette époque du Parnasse un peu poncif, n'est-ce pas précisément cet isolement qui favorisa l'éclosion du génie ? Encore fallait-il qu'il pût écouter ses voix intérieures : une fois de plus, d'où venaient, d'où jaillissaient leurs suggestions diaboliques ? La question revient donc sur nos lèvres : Rimbaud, cet « unique » précoce en 1870, était-il atteint de folie ? Eh bien, je ne pense pas qu'on ait le droit de le dire, et ceci pour une raison évidente, manifeste : c'est que, si folie il y eut, ce fut une folie *consciente, délibérée,* et non subie, tout au moins pas en dehors des périodes d'intoxication alcoolique ou autre, contrairement à ce qu'affirme le Dr Fretet. Rappelons-nous le manifeste littéraire que constitue en somme la *Lettre du Voyant :* « Il s'agit de faire l'âme monstrueuse, à l'instar des Comprachicos. Quoi ! Imaginez un homme s'implantant et se cultivant des verrues sur le visage. Je dis qu'il faut être voyant, se faire voyant. Le poète se fait voyant par un long, immense et *raisonné* (c'est nous qui soulignons) dérèglement de tous les sens. » S'il y eut folie, elle resta donc *lucide,* parce qu'elle avait été d'abord *voulue,* ensuite *surveillée* par la raison, et enfin *délibérément arrêtée* lorsque le poète eut le sentiment de l'impasse dans laquelle il se débattait : « Je ne pouvais pas continuer, je serais devenu fou, et puis... c'était mal » ; ces paroles d'Arthur à sa sœur, prononcées sur son lit de mort, nous révèlent que Rimbaud s'aperçut qu'il serait devenu *alienatus sibi* et *societati* s'il avait persévéré dans cette voie. Or, finalement, il ne voulut être ni l'un, ni l'autre. On peut regretter qu'il ait préféré le bourgeois, le négociant au voyant, mais il faut bien reconnaître qu'il en fut ainsi : Rimbaud accomplit tout de même le choix final dont nous parlait M. Fretet, sortant ainsi de l'ambivalence et de la discordance intérieures. Et, au fond, il ne pouvait en être différemment, justement parce que Rimbaud sut se retenir sur la voie de la folie. Certes, celle-ci peut révéler des aspects secrets et nouveaux des choses, mais il importe de rester maître de l'accès schizophrénique ainsi déclenché, de savoir l'utiliser, l'exprimer, et nous ne pouvons qu'effectuer ici un rapprochement avec la « paranoïa-*critique* » de Salvador Dali ; mais il faut être capable, à tout moment, d'arrêter le torrent déchaîné, sous peine de finir comme l'apprenti sorcier, de ne plus pouvoir dompter les charmes magiques (1). Comme Nietzsche, Rimbaud, lui aussi,

(1) En particulier, il semble que Rimbaud se soit arrêté à un stade préhallucinatoire : plutôt que d'hallucinations, qui seraient, selon la définition classique d'Esquirol, des perceptions sans objet, il faut chez lui parler d'illu-

voulut être, par-delà le bien et le mal, en recourant à une « force surhumaine », « le grand malade, le grand criminel, le grand maudit », mais à la différence de Nietzsche, il s'arrêta au bord du précipice, il sut se reprendre à temps. Lui aussi, clamant que Dieu est mort (puisqu'il était incroyant, et rebelle à l'éducation religieuse de son enfance), il voulut que l'homme, le « surhomme », dirait Nietzsche, remplace la divinité, il voulut être Dieu : « O, je serais celui-là qui sera Dieu. » (*Crimen amoris*), mais il se heurta à l'énorme barrière qui sépare le fini de l'infini, et il comprit, à l'instar de Pascal, que qui veut faire l'ange fait la bête, c'est-à-dire qu'il risquait de sombrer dans la folie.

Je ne pense pas qu'on puisse soutenir avec le Dr Fretet que c'est l'affaiblissement intellectuel dû à la démence précoce, que c'est une irrémédiable sécheresse, qui eut raison du poète. Non, le négociant de Harrar resta pendant des années très lucide, sachant ce qu'il voulait : amasser de l'or (et il y a réussi, voyez les fameux 8 kilos) pour revenir en France, s'installer et se marier bourgeoisement. Idéal bien modeste et même mesquin après celui du visionnaire de jeunesse. Mais Rimbaud eut la sagesse, une fois prise la décision du renoncement, d'y rester fidèle. Si, à partir de 1884-1885, on trouve en effet des signes de déchéance, tout au moins de diminution mentale, ils sont explicables par le long séjour africain et les maladies contractées, de même que l'épisode du délire final, à l'hôpital de Marseille, mais les premières années qui suivirent son abandon de la poésie furent psychiquement saines, à n'en pas douter. Et si Rimbaud a renoncé à la littérature, c'est justement parce qu'il ne pouvait produire qu'en cultivant en lui, fût-ce par des poisons, une attitude en quelque sorte démentielle. Il ne semble d'ailleurs pas qu'il ait abusé des toxiques. P. Claudel a découvert la source de son inspiration dans l'entretien délibéré des états hypnagogiques, semi-conscients (voir un passage cité par M. Fretet lui-même, p. 201-202).

« Le matin, quand l'homme et ses souvenirs ne sont pas réveillés en même temps, ou au cours d'une longue journée de marche, entre l'âme et le corps assujetti à son desport rythmique, se produit une solution de continuité, une espèce d'hypnose ouverte s'établit, un état de réceptivité fort singulier. Le langage prend

sions, c'est-à-dire de perceptions déformantes et « mobilisant » les formes. Peut-être faut-il ajouter qu'elles furent cultivées par Rimbaud, un peu à la façon dont les enfants aiment à découper des figures dans les nuages qui passent. Voyez *Veillées* et *Métropolitain*.

une valeur, moins d'expression que de signe ; les mots fortuits qui montent à la surface de l'esprit, le refrain, l'obsession d'une phrase continuelle, forment une incantation qui finit par coaguler la conscience... Nous sommes mis en communication. C'est ce double état que traduisent *Les Illuminations :* d'une part, les petits vers, rondes d'enfants ou paroles d'un libretto, de l'autre, images décoordonnées. Le poète se met dans un état de silence et fait passer sur lui la nature, les espèces sensibles qui accrochent et tirent. »

Cela aurait dû ouvrir l'œil à ce contempteur de Rimbaud. L'état oniroïde (expression du Dr Ey, je le rappelle), propice aux trouvailles les plus étranges et les plus imprévues, est chez Rimbaud *délibérément* cultivé et entretenu. Aussi bien, nous dit-il lui-même, il travaillait la nuit, et c'est dans la pénombre que lui apparaissaient « ses filles, ses reines ». Mais, à force de se rendre fou, on finirait par le devenir pour de bon, et cela, Rimbaud ne le voulut pas.

Une autre circonstance joua encore son rôle. Rimbaud se rendait parfaitement compte qu'il devenait, non seulement *alienatus sibi,* mais encore *societati.* Comme le note fort justement Roland de Renéville, le jeune poète fut loin de connaître le succès. En dehors du petit cercle des admirateurs de Verlaine, — et même tous ne suivaient pas —, la plupart des littérateurs et des critiques ne comprenaient pas cette poésie déchaînée et mystérieuse ; certains firent des brocards ; d'une façon générale, les temps n'étaient guère propices au moment de la restauration de « l'ordre moral ». Rimbaud, déçu, décida de renoncer une fois pour toutes à ce passe-temps de jeunesse, resté sans écho profond dans le monde des lettres.

Ce qui consomma la rupture avec la poésie, ce fut l'esclandre de Bruxelles : Rimbaud avait voulu vivre en hors-la-loi, il n'y avait pas réussi. Il sentit la honte lui monter au visage devant toute cette boue ; nous avons cité plus haut un passage caractéristique qui préfigure le « et puis c'était mal » de la fin.

Mais surtout, dans ses contacts avec ce que nous appelons aujourd'hui le « surréel », Rimbaud faisait d'étranges rencontres, et alors que le véritable mystique (qu'il aurait été d'après Roland de Rénéville) se complaît dans les sphères de la haute spiritualité, il a pris peur devant ce qui n'était que le produit de son inconscient déchaîné, de sa propre folie. Tout cela n'était que littérature, et risquait même de devenir de la mauvaise littérature, comme nous le montrerons en conclusion.

Ainsi, Rimbaud se voulut schizophrène plus qu'il ne le fut réellement. Et, sans doute, pour l'avoir voulu à ce point, il y fallait des prédispositions. La passion de l'aventure, du *paradoxal* au sens étymologique de ce terme, se trouvait certes en lui d'une façon innée, et il poursuivit cette chasse aux chimères sur le plan du réel lui-même, après l'avoir fait sur le plan de l'imaginaire, du verbe poétique, je veux dire dans le vagabondage géographique après le vagabondage littéraire, mais il ne devint jamais complètement *alienatus sibi* et *societati*, c'est-à-dire schizophrène intégral. Il fut, comme tous les grands « déviants », comme tous les révolutionnaires, un dystone accentué, un *schizoïde*, mais non un schizophrène.

J'ai tenu à avoir une preuve supplémentaire de l'erreur du Dr Fretet. Du jeune poète tombé dans une crise de schizophrénie, et dont les œuvres présentent une certaine ressemblance avec celles du Rimbaud des *Illuminations* et d'une *Saison en Enfer*, je possède une analyse graphologique, faite par une experte renommée. Sans avoir été prévenue, elle sut à peu près l'atteindre dans son diagnostic. D'une façon générale, la graphologie permet de saisir les troubles caractériels, les crises de vésanie. Or, l'écriture de Rimbaud, étudiée par Edouard de Rougemont, dans le Mercure de France (1er novembre 1936, p. 458-495), *ne révèle pas de personnalité morbide*, à aucun moment, ni pendant la crise poétique, ni pendant les dix premières années d'Afrique. Sauf sous l'influence de l'alcool ou d'une très grande émotion (lettres 12 et 13 du recueil messein), l'écriture de Rimbaud ne manifeste aucun trouble mental. Voilà qui condamne définitivement l'hypothèse audacieuse du Dr Fretet, qui a vu ce poète à travers l'optique déformante des habitudes professionnelles. Est-ce à dire que tout soit faux dans ce qu'il avance ? Pour moi qui soutiens la continuité du normal au pathologique (voir *L'Individualisme radical*, etc.), il est certain que Rimbaud était pour le moins un schizoïde : le fait que sa production poétique, comme aussi son dévergondage, n'a duré que quelques années n'autorise pas à parler seulement d'une crise d'originalité juvénile, avec M. Debesse. Ou alors il faut se rappeler, comme je l'expose dans mon livre (1), que c'est précisément à l'adolescence que le caractère se montre à nu, tel qu'il est, avant d'avoir été rodé, émoussé par les difficultés de l'existence. Bref, nous pouvons conclure que Rimbaud est un schizoïde qui a effleuré la schizophrénie à cette

(1). *L'individualisme radical fondé sur la caractérologie*, Bordas, 1955, 213 pages in-8° serrées.

période même où elle se développe de préférence, à savoir chez les adolescents. Il est probable qu'il y serait tombé pour de bon s'il avait persisté dans « le long et raisonné dérèglement de tous les sens ». Mais le fait même qu'il a su s'arrêter à temps prouve qu'il est resté sain d'esprit.

La poésie y a-t-elle perdu ? C'est une autre question. Personnellement, je ne le crois pas, car les poèmes d'un fou n'ont pas vraiment de valeur littéraire, et déjà certaines élucubrations des dernières œuvres sont d'un niveau bien inférieur au *Bateau ivre* et autres poèmes en vers. Rimbaud a, dans son genre, fait comme Bergson : il a livré aux flammes les manuscrits qui ne révélaient pas tout son génie et il n'a pas non plus voulu « prostituer sa muse » en vivant d'elle, c'est-à-dire en continuant à produire des œuvres de qualité inférieure qui n'auraient eu de célébrité — et aussi de « valeur marchande » — qu'en se parant de son ancienne renommée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 9 juillet 1956

Présidence : M. A. BOREL, Vice-président

COMMUNICATIONS

Métastases cérébrales et cérébelleuses d'un cancer pulmonaire chez une femme atteinte de délire chronique, par MM. L. Marchand, M. Leconte et A. Barbié.

Les métastases, à la fois cérébrales et cérébelleuses du cancer pulmonaire, quoique peu fréquentes dans la population générale, le sont peut-être davantage chez les malades mentaux, puisque c'est le quatrième cas que l'un de nous (1) observe dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

L'observation suivante, du point de vue clinique, montre l'action du développement des métastases cérébro-cérébelleuses sur l'état mental de la malade ; histologiquement, elle concerne une forme particulière d'épithélioma mucipare d'origine bronchique.

***

Observation. — Mme M..., née L..., est atteinte d'un syndrome délirant de persécution, qui s'est installé progressivement de 1944 à 1946, entre 37 et 39 ans. Dans ses antécédents, difficultés conjugales anciennes, mort de son premier enfant en 1930, cholécystectomie en 1943 ; une tante paternelle décédée dans un hôpital psychiatrique.

C'est en avril 1946 que le syndrome s'enrichit d'hallucinations et d'un thème d'influence. Elle est internée une première fois en juillet 1946.

Elle présente, à son entrée à l'hôpital de Maison-Blanche, un syndrome délirant polymorphe, riche en hallucinations, de structure paranoïde, et associé à un appoint confusionnel.

Un fébricule, des vomissements, de la constipation, une leucocytose à 12.000 apportent à ce tableau une petite note encéphalitique.

L'examen neurologique alors pratiqué est négatif. Ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien contient 0 gr. 35 par litre d'albumine et 0,8 leucocyte par mm³ ; la zone de précipitation du benjoin colloïdal est un peu élargie vers la droite (7e au 10e tube).

Une pénicillothérapie de sécurité est instituée pendant quelques jours, sans résultats. Progressivement, en deux mois, la fièvre et la leucocytose s'estompent cependant. Parallèlement, l'activité délirante est en nette régression, l'appoint confusionnel s'efface.

Au troisième mois, la malade sort et reprend une activité sociale normale, mais des lettres menaçantes adressées par elle au médecin-chef de Maison-Blanche, ainsi qu'une tentative de suicide en 1947, prouvent qu'elle reste une délirante.

Elle est finalement internée à nouveau en 1951, avec une extension importante de son délire. Elle va présenter alors plusieurs épisodes d'excitation.

Une encéphalographie gazeuse pratiquée en février 1952 a donné des images absolument normales.

C'est en mai 1954, à l'occasion du dépistage radiologique systématique, institué depuis l'arrivée de l'un de nous (*) dans le service, qu'une ombre suspecte est découverte au niveau du hile du poumon gauche.

En juillet 1954, la malade subit une hystérectomie totale pour fibrome.

De 1954 à 1955, elle maigrit continuellement, est fréquemment subfébrile. La perte du poids du corps est de 17 kilos en un an.

En mai 1955, une nouvelle radiographie pulmonaire apporte des précisions : il s'agit d'une opacité arrondie parahilaire gauche avec lacune centrale. Les tomographies la situent comme très antérieure (11, 13 et 15 cm.). Deux recherches successives de bacilles de Koch dans le liquide de tubage gastrique, comportant chacune une homogénéisation et culture, sont négatives ; aussi, est-ce à une étiologie tumorale que l'on pense.

De mai à septembre 1955, cette malade, qui était habituellement en état d'excitation, se plaint de plus en plus fréquemment d'être fatiguée, au point que l'on doit renoncer à la bronchoscopie.

En août 1955, l'apparition de rectorragies de sang rouge incite le chirurgien à faire une rectoscopie, qui révèle une rectite avec enduit pultacé, sans aucune lésion muqueuse.

En septembre et octobre 1955, tandis que l'asthénie s'accentue et confine la malade au lit pendant une grande partie de la journée, on note l'apparition de céphalées, de tendances syncopales, de nausées, et même d'un premier vomissement (le 28 septembre), bref, d'un syndrome évoquant une hypertension intra-cranienne.

L'examen neurologique est négatif, le fond d'œil normal ; la formule sanguine montre une leucocytose à 17.800 ; la vitesse de sédimentation est accélérée (20 mm. la première heure, 35 à la 2e, 90 à la 24e).

Tout ce syndrome organique a eu un retentissement psychique. L'état d'excitation fait rapidement place à un état d'inhibition et d'anxiété pour aboutir, au début d'octobre 1955, à un véritable état de stupeur. Le lan-

(*) Nous tenons à remercier Mme Lanote de sa précieuse collaboration. C'est elle, en effet, qui assure le dépistage systématique de nos malades et qui a suivi du point de vue pulmonaire le présent cas.

gage, dans lequel la malade traduit son délire, est devenu moins incohérent, mais le délire lui-même ne paraît guère modifié.

Le 8 octobre 1955, toute la symptomatologie s'aggrave assez brusquement : de stuporeuse, la malade devient somnolente, les vomissements se rapprochent, laissant un état nauséeux permanent.

A l'examen neurologique, pratiqué en collaboration avec M. Harl et Mlle Rossignol, on est frappé par l'hypotonie musculaire et l'accentuation du ballant. Si l'on tente de faire marcher la malade, on observe rapidement un dérobement des jambes. Ainsi, la première note neurologique est une note cérébelleuse.

Le 10 octobre, le fond d'œil est normal.

Le 12 octobre, apparaissent des sueurs profuses et des troubles de la déglutition. L'examen neurologique révèle alors une note pyramidale avec signe de Babinski du côté droit.

Le 13 octobre, le déficit moteur droit se complète : chute plus rapide du bras et de la jambe aux épreuves de Mingazini et Barré, réflexes tendineux moins vifs, alors qu'une certaine hypertonie musculaire tend cependant à s'installer du côté gauche, contrastant avec l'hypotonie qui persiste du côté droit.

L'examen du fond d'œil montre cette fois un œdème papillaire marqué, qui s'enrichira, quatre jours plus tard, d'hémorragies péri-capillaires.

Il existe une anémie modérée à 4.000.000, tandis que la leucocytose est tombée à 9.200 sous l'influence de l'antibiothérapie. On complète le traitement par l'administration de solutions hypertoniques intra-veineuses ; sérum glucosé hypertonique et plasma concentré.

L'état de la malade continue à s'aggraver, l'hémiplégie droite devient massive, et le 20 octobre la malade glisse dans le coma, la température monte à 39°, puis 40° et plus.

La malade meurt le 23 octobre 1955 ; elle est âgée de 49 ans.

Autopsie. — Au niveau des poumons, en écartant la scissure du poumon gauche, on constate une tumeur bourgeonnante en chou-fleur. Les autres viscères sont normaux, en particulier le palper systématique du grêle, du côlon et du rectum, ne décèle aucune néoplasie. Nous n'avons pas réexaminé la muqueuse recto-sigmoïde précédemment explorée à la rectoscopie.

Les poumons sont envoyés au laboratoire de M. Delarue. Le compte rendu de l'examen macroscopique est ainsi libellé : « Dissection du poumon droit : rien à signaler. Dissection du poumon gauche : tumeur de la taille d'une amande, constituée de nodules hétérogènes, les uns nécrotiques, les autres durs, fibreux, plus ou moins conglomérés. Cette tumeur a des contacts intimes avec la bronche lingulaire, s'étendant d'ailleurs vers le hile et la bronche d'origine lobaire supérieure. En aval de la tumeur, on constate de nombreuses bronchectasies moniliformes remplies de mucus. Il n'existe pas d'adénopathies satellites à l'étage médiastinal. »

Encéphale. — Œdème considérable.

Cerveau. — *Hémisphère gauche.* — Une tumeur du volume d'une grosse orange occupe toute la partie centrale du pôle frontal gauche, ne respectant qu'une mince couche de substance corticale ; elle a une consistance gélatineuse ; elle est tremblotante, de couleur jaunâtre ; elle est parsemée de petits foyers hémorragiques ; elle s'étend en arrière jusqu'au centre du lobe

pariétal ; elle détruit tout le pied de la couronne rayonnante et le corps calleux du côté gauche. Le corps strié est épargné.

Il existe en outre une tumeur gélatineuse, de la grosseur d'un gros pois, au niveau du cortex de la 2e temporale, deux tumeurs de la grosseur d'un petit pois au niveau de la 3e temporale, une autre tumeur de la grosseur d'une noisette renfermant la même substance gélatineuse à la face externe du lobe occipital, occupant le cortex cérébral et une partie de la substance blanche. Toutes ces tumeurs sont sphériques.

Hémisphère droit. — Il existe une cupule qui occupe toute la face interne du lobe frontal, au niveau de la première circonvolution frontale interne et de la circonvolution cingulaire. Cette forte dépression est provoquée par la compression de la tumeur frontale gauche.

Cervelet. — Dans le lobe cérébelleux gauche, présence de trois tumeurs arrondies à l'emporte-pièce, remplies de substance gélatineuse ; l'une a le volume d'une grosse noix, les autres celui d'une noisette. Elles occupent toutes les trois la substance corticale et s'enfoncent profondément dans la substance blanche sous-corticale.

Examens histologiques

Tumeur du poumon. — Epithélioma mucipare cilié, exactement semblable à un cas observé par M. Delarue (2) (note du laboratoire de la Faculté).

Encéphale. — *Cerveau. Méninges.* — Par endroits, la pie-mère est adhérente au cortex ; elle est épaissie ; nombreux vaisseaux très dilatés, ont leurs parois entourées de foyers importants de cellules lympho-plasmocytaires. Présence de quelques calcosphérites.

Cortex. — Les diverses couches corticales restent bien ordonnées dans les régions éloignées des tumeurs. Les grandes cellules pyramidales sont souvent déformées et certaines semblent atrophiées. Comme lésions aiguës, on observe la chromatolyse totale du cytoplasma, qui reste coloré d'une façon diffuse ou à peine teinté. Les noyaux ont une apparence normale et sont situés excentriquement. Dans les autres couches, on note que de nombreuses petites cellules pyramidales sont déformées ; certaines prennent si mal les colorants que seuls les noyaux restent apparents. Aucune figure de satellitose. Les vaisseaux, très dilatés, ont leurs parois normales.

Dans les régions voisines des tumeurs, les cellules pyramidales sont atrophiées, lancéolées. Leur cytoplasma reste presque entièrement occupé par une petite zone contenant des granulations lipoïdiques (méthode au bleu de Nil, au Soudan III, méthodes de Ciaccio, de Lison) et par le noyau. Sur les confins même du cortex, en contact avec le tissu néoplasique, on note que celui-ci se développe en lysant le parenchyme nerveux plutôt qu'en le comprimant ; les fibres à myéline se désagrègent plus lentement que les éléments ganglionnaires. Au Bielchowsky, les cylindraxes sont encore conservés nettement au contact même du tissu néoplasique ; à la périphérie de la loge arrondie créée par la tumeur, quelques-uns présentent des boursouflures. Aucune figure de neuronophagie, aucune réaction inflammatoire. La névroglie n'est pas hyperplasiée. La microglie ne paraît pas proliférée.

Dans les régions qui viennent d'être lysées, et qui sont occupées par la

substance mucoïde, quelques cellules oligodendrogliques persistent, s'hypertrophient et prennent une forme globuleuse. Sur les coupes traitées par les méthodes de Mac Manus, modifiées par Herlant et au muci-carmin, leur cytoplasma reste clair dans le mucus très coloré, renferme un fin réseau et contient un noyau très net.

Dans le cortex du lobe frontal droit, simplement comprimé par l'hémisphère gauche, les cellules pyramidales sont très altérées ; un grand nombre ont pris la forme de fuseaux, d'autres sont globulaires. Dans la région motrice, les grandes cellules de Betz ont résisté, mais leur cytoplasma ne contient plus que des neurofibrilles prenant mal l'imprégnation argentique.

Pédoncule. — Les cellules du locus niger ne présentent aucune autre lésion qu'une légère diminution de leur volume. De nombreuses cellules des noyaux craniens ont leur cytoplasma bourré de granulations lipoïdiennes.

Cervelet. — Le processus tumoral se comporte, vis-à-vis du parenchyme nerveux, avec les mêmes caractères que dans le cerveau. Dans les régions voisines des tumeurs, les cellules de Purkinge sont aplaties transversalement, mais conservent leurs dendrites. Dans les zones éloignées, elles sont normales. La névroglie n'est pas hypertrophiée ; les astrocytes sont petits, peu riches en fibres très fines. Le cytoplasma des cellules des noyaux dentelés est en partie envahi par la substance lipoïde.

Bulbe. — Au Noir Soudan, la plupart des cellules des noyaux craniens présentent une zone intra-cytoplasmique remplie de granulations lipoïdes. Les cellules des olives sont presque entièrement envahies par cette substance.

Histologie des métastases. — Les tumeurs sont formées d'éléments épithéliaux disposés en boyaux anastomosés donnant une apparence papillaire ; ils sont bordés de cellules cylindriques disposées régulièrement sur une seule couche et munies d'un énorme noyau basique. Quelques-unes ont une apparence caliciforme. Les boyaux tumoraux sont épars dans la substance mucoïde abondante, qui est produite par les cellules épithéliomateuses. Par les méthodes de Mac Manus, modifiées par Herlant et au muci-carmin, on voit que cette substance se forme dans leur cytoplasma et gagne leur région apicale avant d'être éliminée. Par places, elle est fibrillaire, par d'autres elle paraît amorphe. Comme nous l'avons signalé plus haut, présence de cellules oligodendrogliques volumineuses. Nombreux lacs sanguins. Diagnostic : épithélioma mucipare métastasique d'origine bronchique.

Le stroma conjonctif des villosités épithéliomateuses comprend des cellules petites, très allongées, séparées les unes des autres par un liquide clair. La plupart des vaisseaux compris dans ce stroma ont leur paroi bien développée, parfois entourée d'un manchon lymphoplasmocytaire. Des zones étendues renferment de nombreuses incrustations calcaires prenant rarement l'apparence de calcosphérites (méthode de Crétin). Cette production calcaire s'observe également dans les tumeurs cérébelleuses.

Dans cette observation les troubles cérébraux et cérébelleux ont pris cliniquement plus d'importance que les symptômes pulmonaires. Cette constatation de la prédominance des manifestations nerveuses se retrouve dans les autres cas observés par l'un de nous (1) Dans l'un, c'est une attaque épileptiforme qui entraîne l'hospitalisation ; dans un autre, le diagnostic posé à l'entrée du malade est celui de delirium

tremens, le diagnostic du cancer pulmonaire n'a été fait que tardivement. Comme les métastases évoluent rapidement, la mort a toujours été due plutôt à leur extension intracranienne qu'au développement du cancer pulmonaire.

Les modifications apportées aux syndromes mentaux chroniques sous l'influence des tumeurs cérébrales varient suivant les cas. Chez notre malade l'état psychique s'est modifié progressivement. L'excitation s'est transformée en un état anxieux. Quant aux idées délirantes, fait intéressant, elles ont persisté jusqu'au moment où est survenu l'état de stupeur terminal. Les signes d'hypertension intracranienne tels que céphalée, nausées, vomissements, n'ont été accusés qu'à la période terminale, comme cela s'observe souvent.

Si, dans notre cas, les métastases ont intéressé à la fois le cerveau et le cervelet sous forme de foyers multiples, cette particularité se retrouve dans toutes les autres observations.

Le point le plus important a trait au mode de développement des métastases dans le parenchyme nerveux. Généralement les tumeurs cérébrales progressent, soit en comprimant, soit en infiltrant les tissus avoisinants. Dans le cas actuel, les foyers tumoraux s'étendent en détruisant par lyse les éléments nerveux et ils se créent ainsi une loge régulièrement arrondie remplie de substance mucoïde. Ce processus nous paraît être une rareté.

REFERENCES. — (1) L. Marchand et P. Courbon : Cancer primitif du poumon chez une persécutée. Métastases dure-mériennes cérébrales, cérébelleuses et protubérantielles. *Soc. Méd. Psych.*, 3 juillet 1951. — L. Marchand, J. Rondepierre et P. Hivert : Epithélioma pulmonaire. Métastases multiples dans le cerveau et le cervelet, dans le foie, le pancréas et dans une surrénale. *Soc. Méd. Psych.*, 11 juillet 1949. — L. Marchand, N. Sengès, A. Béjot et Mlle I. Roubieff : Epithélioma pulmonaire. Métastase costale et métastases multiples, cérébrales et cérébelleuses. *Soc. Méd. Psych.*, 11 juillet 1949. — (2) Delarue, Depierre et Houdard Métaplasie bronchique mucipare et ciliée du revêtement alvéolaire pulmonaire. *Journal Français de Médecine et de Chirurgie*, tome III, page 372.

Épilepsie convulsive et psychomotrice. Suspension des accidents sous l'influence d'états affectifs, par MM. L. Marchand et M. Brissot.

Les causes psychiques déclenchantes d'accidents comitiaux ont fait l'objet de nombreux travaux ; par contre, les causes psychiques suspensives ont été négligées. Elles constituent cependant un problème aussi important que les précédentes quand il s'agit de proposer des hypothèses sur le mécanisme intime des accidents épileptiques. Nous rapportons l'observation suivante qui nous paraît démonstrative :

Observation. — Mme G... M..., âgée de 32 ans, mariée sans enfant, se présente à la consultation de l'un de nous, le 7 avril 1956, parce qu'elle se sent

fatiguée depuis six mois et qu'elle a parfois de petits accès confusionnels qui l'inquiètent. Hier, 6 avril, en se rendant à un cours de pharmacie, aux Sociétés savantes de la rue Danton, elle est descendue au métro Odéon, puis elle s'est retrouvée au Luxembourg, complètement amnésique, sur le chemin qu'elle venait de parcourir. Désorientée, elle a pris un taxi pour rentrer chez elle. Diagnostiquant chez cette personne apparemment en bon état physique un accès d'automatisme ambulatoire épileptique, nous avons prévenu son mari, qui est venu nous voir accompagné de sa femme. Voici les renseignements qu'il nous a donnés :

Mme G... M... a des crises épileptiques convulsives essentiellement nocturnes depuis l'âge de 8 ou 10 ans. Les crises se déclenchent en général quelques jours avant les règles. Au réveil, Mme G... M... se sent très fatiguée, incapable de se rendre à son travail habituel, s'alimentant très peu, nous dit-elle, ayant perdu toute saveur pour les aliments. En outre, au cours de la journée qui suit la crise convulsive, elle présente de petits accès d'amnésie, ce qui explique qu'elle s'égare parfois dans Paris. Le mari nous dit que, jusqu'à présent, personne n'a soupçonné que sa femme était atteinte d'épilepsie, et elle ne suit qu'un traitement très irrégulier. Les crises convulsives apparaissent toujours entre 3 et 4 heures du matin. Elles sont caractérisées par des mouvements convulsifs, de l'écume aux lèvres, par la morsure de la langue et l'émission d'urine. Leur durée est de une à trois minutes, et la malade tombe dans un sommeil profond.

Un électrogramme fait récemment après la crise d'automatisme ambulatoire, donne comme résultat : « Rythme alpha de 10 c./s. bien conservé, sur lequel apparaissent spontanément et surtout à l'hyperpnée des bouffées amples de rythme subalpha et d'éléments pointus évoquant des sharp-waves. Ces divers éléments sont généralisés et parfois avec une prédominance gauche sans foyer. »

L'examen physique ne révèle rien d'important. Les réflexes tendineux sont vifs. Le pouls présente l'anomalie suivante : 60 pulsations en position assise, 80 en position debout. Tension artérielle : 10-8. On constate des cicatrices de morsure sur le bord gauche de la langue.

Ajoutons que, chez cette malade, les antécédents héréditaires collatéraux sont très chargés. Une tante maternelle alcoolique a été internée dans un hôpital psychiatrique, où elle est décédée dans un état démentiel ; une sœur de la malade, âgée de 18 ans, est traitée actuellement dans le même établissement psychiatrique ; elle est atteinte d'épilepsie.

Cette observation serait banale si nous ne la complétions pas par l'énumération des actes dangereux pour elle et souvent pour les autres que Mme G. M... a accomplis et qu'elle accomplit encore journellement sans avoir jamais présenté le moindre trouble épileptique au cours de leur exécution.

Durant les dernières hostilités, elle a contracté un engagement de deux ans à la 10e D.I. en qualité d'Afat ; elle a conduit jour et nuit une automobile sanitaire, n'ayant jamais manifesté d'accident pendant son service. Il y a quelques années, elle a rempli les fonctions d'aide-monitrice pour les colonies de vacances et, vers la même époque, elle a fait du vol à voile pendant tout l'été, seule à bord de l'avion qu'elle pilotait.

Actuellement, Mme G. M... suit des cours de danse classique pour spectacle de ballet et des cours d'équitation où elle pratique à cheval le saut en hauteur à plus d'un mètre.

Personne, nous dit son mari, n'a soupçonné ou ne soupçonne l'affection grave dont est atteinte ma femme, car, dans la journée, elle paraît absolument normale. Notons cependant qu'en dehors de ses exercices violents, Mme G. M... présente des troubles diurnes que son mari désigne sous les termes d' « accidents amnésiques ».

La suspension des accidents épileptiques sous l'influence de certains états affectifs a déjà donné lieu à des observations aussi surprenantes que caractéristiques. L'un de nous a cité le cas d'un jeune homme de 25 ans, épileptique depuis l'âge de 7 ans, et qui a appris le métier de trapéziste. Comme nous manifestions la crainte d'un accident possible, son oncle, qui est l'organisateur des représentations foraines, nous dit : « Vous le voyez comme ça (en costume civil), mais avec son beau costume, il fait son effet et, vous comprenez, les applaudissements, ça l'excite, ça le stimule et il ne tombera pas. »

Nous pouvons citer un autre cas aussi intéressant, celui d'une malade de 37 ans, suivie à la consultation des épileptiques. Elle est atteinte d'épilepsie depuis l'âge de 16 ans. Elle a plusieurs crises convulsives par mois et des absences avec actes automatiques. Elle est depuis l'âge de 18 ans monitrice de natation ; elle a participé à plusieurs compétitions pour le titre de championne de plongeon qu'elle a fini par obtenir. Interrogée, cette malade, qui n'a jamais eu d'accident comitial durant son travail, attribue cette suspension à l'intérêt intense qu'elle porte à l'instruction de ses élèves et au désir qu'elle avait de l'obtention de son titre de championne. Rondepierre a rapporté une observation semblable. Il a observé un champion de course à pied, épileptique authentique, qui n'a jamais présenté de crises au cours de ses compétitions.

Nous avons d'autres exemples à citer : une jeune fille âgée de 19 ans, épileptique depuis l'âge de 8 ans, a de nombreuses crises oculogyres ; elle n'en a jamais quand elle est avec des camarades ou avec le jeune homme qui est son fiancé.

Des actes accomplis périodiquement peuvent également s'accompagner d'un état psychique suspensif des accès. Mme R..., âgée de 46 ans, épileptique depuis l'âge de 18 ans, a le corps couvert de brûlures faites au cours des crises. Depuis plusieurs années, cette malade, qui habite une commune située à 25 kilomètres de Paris, vient plusieurs fois par semaine à Paris. Elle n'a jamais de crises ou d'absences durant ses déplacements. Voilà l'explication qu'elle donne de la suspension des accidents : « Traitée selon vos indications, j'arrive certainement à me maîtriser de moi-même, ce qui m'a permis d'aller chaque semaine à Paris pour m'y distraire, sans que les milieux que je fréquente aient été témoins de la moindre manifestation de mon mal et cela depuis plusieurs années. Par contre, ma vie quotidienne et ses obligations

m'amènent troubles et chutes et dans des circonstances presque similaires chaque fois qui font que, chez mes fournisseurs locaux et au marché, nombre de personnes furent témoins de mes malaises. »

Il est une autre particularité qui mérite d'être signalée. Nous n'avons jamais eu d'exemple qu'une mère épileptique ait laissé tomber son jeune enfant au cours d'une crise et cependant des malades, malgré nos recommandations, viennent parfois à la consultation avec leur enfant dans les bras. D'après une enquête que l'un de nous a faite avec Ajuriaguerra sur une cinquantaine d'épileptiques qui avaient participé aux fatigues et aux émotions de l'exode parisien en 1940, nous avons été surpris de contater que la plupart n'avaient pas présenté de crises pendant cette tragique période malgré la suppression de tout traitement.

Pour expliquer la suspension des accidents comitiaux sous l'influence de certains états psychiques, on ne peut faire que des hypothèses. Une constatation ressort de ces observations ; les sujets présentent pendant toute la période suspensive une forme d'activité spéciale mentale et souvent motrice, généralement un état affectif agréable. Certains auteurs font intervenir dans de tels cas un effort de volonté. Tissié rapporte l'histoire d'un lycéen qui a des absences avec actes automatiques. L'aura consiste en une idée prévalente qui s'impose peu à peu à sa conscience. La crise peut être évitée si le sujet lui oppose une autre idée : « La volonté, écrit Tissié, arrête la crise par l'action inhibitrice d'une idée pathologique. » C'est également ce facteur psychique que Régis fait intervenir dans une de ses observations : Une épileptique, écrit-il, « améliorée par le traitement, peut dans la journée, par un puissant effort de volonté, surtout si elle est devant le monde, dominer ses attaques au point qu'elle n'a pour ainsi dire plus de crises diurnes. En revanche, elle en a encore la nuit et se montre désolée de ne pouvoir exercer sur elles la même action durant son sommeil ».

Nous ne croyons pas que l'on puisse faire intervenir, dans les cas que nous venons de rapporter, la volonté. Nos sujets ne manifestent aucun effort ou concentration volontaire de l'esprit pour suspendre le déclenchement des crises. Chez eux, le processus affectif entraîne, sous l'influence de stimulations externes, un renforcement d'activité mentale en vue d'un intérêt, d'une réussite ou d'une satisfaction. Il est probable qu'à ces dispositions mentales se surajoutent un certain état de vigilance, une activité spéciale dirigée et protectrice, peut-être aussi comme dans l'attention volontaire, des modifications biologiques organiques et que ce soit l'ensemble de ces divers processus somato-psychiques qui élèvent le seuil épileptique des sujets.

RÉFERENCES. — 1. Marchand (L.) : De l'action inhibitrice de certains états affectifs sur les accidents épileptiques. *L'Année psychologique.* Volume jubilaire offert au Professeur Piéron, juin 1951, page 705. — 2. Marchand (L.) et de Ajuriaguerra (J.) : *Epilepsies. Leurs formes cliniques. Leurs traitements.* Paris, Desclée de Brouwer, 1946. — 3. Tissié (M.) : Action inhibitrice de la volonté sur les attaques d'épilepsie. *Congr. des Méd. Alién. et Neurol.*, Bordeaux, 1895, p. 240. — 4. Régis (E.) : *Congr. des Méd. Alién. et neurol.*, Bordeaux, 1895, p. 245.

Discussion

M. Minvielle. — Ces observations cliniques d'épilepsie suggèrent l'intervention prépondérante de certaines structures, ici, celles qui sont en relation avec les phénomènes de veille et de sommeil : les crises apparaissent uniquement la nuit ; elles n'ont jamais été notées lorsque la malade est hypervigilante (exercice d'équitation, etc...). Au point de vue électro-encéphalographique, si les anomalies peuvent n'être que mineures (rythmes thêta temporaux), elles présentent souvent le caractère particulier d'être groupées en bouffées bilatérales synchrones alternant avec des périodes basvoltées ; ces phénomènes de va-et-vient (waxing-waning des auteurs anglo-saxons) sont très souvent observés chez les épileptiques, dont les crises sont en relation avec les mécanismes de veille et de sommeil.

Mme Ragu. — La communication de M. Marchand soulève la question, quotidiennement rencontrée en neuro-psychiatrie infantile, du « milieu des comitiaux », certains enfants ont des crises nombreuses, authentiques, et l'électro-encéphalogramme, quand on peut le faire pratiquer dans des délais souhaitables, est pathognomonique. Admis en milieu hospitalier, il faut parfois les garder assez longtemps pour observer une crise.

Le problème de la personnalité des épileptiques se retrouve au fond du problème, dans sa possibilité de synthèse harmonieuse de ses activités ou au contraire dans l'hypothèse d'une ambivalence de sa vie profonde, sous la dénomination maintenant classique de la structure. Les perspectives d'adaptation, aussi bien familiale que scolaire ou sociale de ces malades, doivent être envisagées sous l'angle de la primauté des facteurs psychiques, affectifs, conscients et inconscients, dans les décisions d'où dépend l'avenir de ces malades.

Obésité et dysmorphisme sexuel (sur une étude psychobiologique), par MM. H. Faure, Cl. Igert et Ph. Rappard.

L'observation exposée ici rapporte l'apparition d'une bouffée délirante chez une femme de 35 ans, ayant présenté, à l'âge de 16 ans, un syndrome de masculinisation par arrhénoblastome ovarien.

I. *Hérédité, enfance et adolescence de la malade ; résumé des premiers troubles.* — Mlle Louise R... est née le 7 décembre 1921. Son père, ouvrier de ferme, est un grand asthénique, parfois même aboulique, qui n'a jamais dirigé son ménage et s'est peu occupé de ses enfants. Sa mère est d'un caractère ferme et autoritaire : elle a toujours présenté les symptômes d'une importante obésité avec manifestations diabétiques bien compensées. Depuis sa ménopause, elle est atteinte d'hypertension artérielle et a vu se développer une importante pilosité labio-mentonnière. Sa sœur aînée est mariée, mère de trois enfants bien portants. Elle a toujours été en bonne santé et n'a jamais été obèse. Relativement bien adaptée socialement, elle se présente cependant comme une débile.

Les premières étapes du développement de l'enfant furent marquées par les faits suivants :

L'accouchement eut lieu à terme, mais fut rendu délicat à cause d'une circulaire du cordon formée au niveau du cou. Par ailleurs, la mère dit

avoir éprouvé deux grandes frayeurs au cours de sa grossesse, et elle croit pouvoir trouver dans ce fait une explication aux difficultés qui survinrent ultérieurement dans le développement de son enfant.

Le bébé pesait à la naissance 3 livres 1/2. Il fut au sein pendant deux mois. La première dent apparut à 18 mois. L'enfant fut capable de s'exprimer par des phrases autour de l'âge de 20 mois, mais peu à peu apparut un bégaiement qui fut ultérieurement rééduqué. La discipline sphinctérienne fut acquise à 3 ans.

Autour de l'âge de 6 mois, une double luxation de la hanche avait été constatée. De 3 à 5 ans, cette malformation fut traitée orthopédiquement dans le service du professeur Huc à Paris, par un double plâtre pelvipédieux.

A l'âge de 5 ans, la stabilisation de la double luxation de la hanche permit la marche. Mais déjà la mère remarquait, à cette époque, l'apparition d'un embonpoint important. A 8 ans, l'enfant était « beaucoup plus forte » que les autres petites filles de son âge.

L'adaptation au milieu scolaire fut convenable. Parallèlement à la fréquentation de l'école, fut entreprise une rééducation de la parole, qui dura trois années. Au cours de cette période, Louise se montrait une enfant gaie, douce, docile, ayant peu d'initiative au cours des jeux, et plutôt timide. Son travail était lent mais persévérant et régulier.

Les règles apparurent dès l'âge de 11 ans, et notre malade présenta à partir de cet âge les caractéristiques d'une adolescente quasi-normale, de morphologie pycnique, avec cependant une tendance marquée à l'obésité. Elle pesait 70 kilos à 12 ans. Alors qu'elle fréquentait l'école ménagère de D... depuis huit mois, elle fut atteinte d'une importante affection fébrile, dite « grippale », à la suite de laquelle survint une irrégularité des cycles menstruels. A l'âge de 14 ans, une aménorrhée rebelle à toute opothérapie était constituée, en même temps que commençait à se développer un syndrome de masculinisation progressive, avec hypertrichose et modification de la voix. Parallèlement, le caractère devint taciturne, tandis que l'intelligence semblait fléchir. L'adolescente échoua au certificat d'études et resta dès lors à la maison, vivant auprès de ses parents et participant aux travaux du ménage. Il était avéré qu'elle n'était plus capable de suivre l'enseignement de l'école ménagère, où l'on avait essayé de la maintenir.

Après deux ans d'évolution d'un tel syndrome, la malade fut adressée au Dr Luzuy, médecin-chef du centre hospitalier de Blois, auquel nous devons une remarquable observation, dont nous donnons le résumé suivant :

« La malade a 16 ans, elle est petite et trapue ; le faciès est hébété, le front étroit, la mâchoire forte et encadrée d'un collier de barbe, qui exige l'emploi quotidien du rasoir ; la voix est rauque et puissante. Les muscles du cou et des membres sont saillants et développés. Les seins sont petits et aplatis sur des pectoraux épais.

« Le clitoris, considérablement allongé, mesure 4 cm. et pend devant les grandes et petites lèvres atrophiées. Le vagin, normal, permet de sentir un petit col utérin et des culs-de-sac souples ; le corps utérin n'est pas perceptible et, derrière l'adiposité pariétale, il est impossible de sentir la tumeur ovarienne, cause de la masculinisation.

« L'examen de la fosse lombaire ne révèle l'existence d'aucune tumeur et, sur la radiographie du crâne, la selle turcique présente un aspect normal.

« Dans ces conditions, devant l'échec de tous les traitements tentés jusqu'à ce jour, le Dr Luzuy propose une laparotomie exploratrice.

« L'intervention, pratiquée le 30 mars 1938, montre un utérus infantile, un ovaire gauche petit, du volume d'une cerise, et une tumeur ovarienne droite de la dimension d'une mandarine.

« La trompe droite et la tumeur ovarienne droite sont enlevées. Suites normales, sans incident.

« Cinq semaines après l'intervention, une menstruation normale apparaît.

« L'examen histologique de la tumeur (professeur agrégé Huguenin et J. Varangot) montra qu'il s'agissait d'une néoplasie épithéliale entrant dans le cadre des tumeurs mâles appelées par les Allemands arrhénoblastomes, et sur lesquelles Pick, en 1905, a attiré l'attention. »

L'évolution post-opératoire fut favorable. Un bilan pratiqué sept mois après l'intervention indiquait la présence de règles normales, un habitus plus harmonieux, la disparition de l'hypertrichose ; cependant la voix, non modifiée, restait rauque.

L'analyse du cas (dix mois plus tard) par le Dr Pierre Brocq, à la séance du 11 janvier 1939 de l'Académie de chirurgie (1) donnait au rapporteur l'occasion de souligner combien rares étaient les documents permettant de juger de l'évolution lointaine des tumeurs du type de celle présentée par la malade. Le rapporteur évoquait les cas de tumeurs masculinisantes, jusqu'alors publiées dans la littérature médicale.

« Bien que, d'une façon générale, ces néoplasmes soient considérés comme bénins, nous n'avons pas actuellement de notions suffisantes pour soutenir, de façon indiscutable, pareille affirmation. Car nous savons déjà que, sur les trente et une tumeurs masculinisantes publiées, quatre se comportèrent comme des tumeurs malignes et deux d'entre elles, après récidive, présentèrent à nouveau des signes de masculinisation. Par contre, nous savons que six femmes furent revues, en bonne santé, deux ans après l'opération, une autre fois trois ans après (Hitzanidès), et que la malade de Sedlacker, après avoir présenté une grossesse, était indemne de récidive au bout de six ans. »

C'est en cette matière que notre observation semble constituer un document d'un certain intérêt scientifique : dix-huit ans se sont écoulés, en effet, depuis que notre malade a été opérée d'une tumeur ovarienne susceptible de récidive ; or, actuellement, la malade, âgée de 35 ans, est en bonne santé apparente ; les cycles menstruels sont réguliers ; les règles sont normales. Et même, comme nous allons le voir, une grossesse fut menée à terme, il y a quelques années.

II. *La personnalité de la malade à l'âge adulte.* — En ce qui concerne l'éveil de la féminité de notre malade, et ses sentiments d'inclination pour l'autre sexe, tout ce que nous pouvons en dire sera ainsi résumé : Louise sortait peu de son milieu familial et avait peu d'attirance pour les fréquentations masculines. Elle se rendit au bal pour la première fois à 18 ans, et n'y retourna, dit-elle, pas plus de trois fois. A 21 ans, cependant, elle devint enceinte, en dehors du mariage, à la suite, affirme-t-elle, d'un seul rapport qu'elle aurait eu avec un garçon de trois ans plus jeune qu'elle.

La grossesse se déroula normalement à son début ; par contre, pendant

(1) « Tumeur masculinisante de l'ovaire », Maurice Luzuy (de Blois). Rapport de M. Pierre Brocq. *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, séance du 11 janvier 1939, tome 65, n° 1.

les derniers mois, la malade fut mise en observation dans une maternité parisienne ; et, lors de l'accouchement, une crise d'éclampsie survint, sans compromettre cependant le pronostic vital de la mère ou de l'enfant ; l'allaitement fut contre-indiqué ; le retour de couches s'opéra convenablement.

L'enfant de notre malade pesait six livres à la naissance. Il apparut d'emblée anormal et dut être placé dans un établissement spécialisé, de telle sorte qu'il est malaisé d'apprécier quelles furent à cette époque les caractéristiques du comportement maternel de la malade.

Au point de vue de l'adaptation sociale et professionnelle, Louise ne quitta jamais son cadre familial et la tutelle de sa mère ; mais elle obtint, à partir de l'âge de 22 ans, un emploi de femme de service dans un hospice de vieillards. Elle semble avoir été adaptée à son emploi pendant une dizaine d'années. En 1954, cependant, elle se sentit progressivement en butte aux « tracasseries » de certaines de ses compagnes de travail ; elle eut l'impression d'être considérée avec hostilité par son chef de service ; et ce sentiment de persécution, d'abord fruste et mal systématisé, s'intensifia lorsque, un an plus tard, en mai 1955, sous couvert d'une expertise de médecine du travail, il lui fut signifié qu'elle devait, moyennant une petite retraite, renoncer à son emploi ; elle présentait en effet une large éventration abdominale — suite d'une laparotomie réalisée une année auparavant dans le but de libérer des adhérences constituées à la suite de sa première opération.

Dès lors la malade, s'occupant à de menues occupations chez ses parents, chercha en vain du travail. Elle devint taciturne, inquiète et inactive. A ces soucis de recherche d'un emploi s'ajoutèrent des difficultés concernant l'entretien de son fils : celui-ci très arriéré, continuant à être placé dans un établissement spécialisé, il fut demandé à la mère d'avoir à verser une certaine participation aux frais de séjour...

C'est dans ces conditions que, le 17 novembre 1955, survint brutalement un épisode psychopathique aigu qui, dans les 48 heures, imposa l'internement. La malade présentait alors une grande exaltation effective avec efflorescence délirante et hallucinatoire à thèmes de persécution et de mysticisme : « Mon fils est mort..., j'en suis sûre..., on me l'a pris..., la sainte vierge m'est apparue..., je vais entrer au couvent..., etc... »

Nous insisterons peu sur la description de cet épisode, qui fut complètement stabilisé en moins d'un mois par sismothérapie et cure de chlorpromazine. Il s'agissait d'une bouffée délirante apparaissant chez une personne jusque-là indemne de manifestation psychotique, mais qui présentait cependant un ensemble de troubles somatiques polymorphes que Magnan aurait dénommé du terme général de « troubles de dégénérés ».

L'hospitalisation fut surtout l'occasion d'analyser les caractéristiques psycho-affectives, morphologiques et endocriniennes actuelles de cette femme adulte, âgée de 35 ans, opérée il y a dix-huit ans d'une néoplasie aux caractéristiques exceptionnelles, à type de tumeur masculinisante de l'ovaire.

III. *Les caractéristiques psycho-biologiques actuelles de la malade.* — Les principales dysmorphies sont les suivantes : une obésité régulière ; une ceinture scapulaire développée, ainsi qu'une absence de taille séparant le tronc du bassin ; au niveau du visage, un hirsutisme important, nécessitant l'épilation bi-mensuelle du collier de barbe ; un abdomen volu-

mineux, qui retombe en besace sur les cuisses, et marqué par une large éventration para-médiane gauche ; une attitude vicieuse des membres inférieurs et de la statique globale, correspondant à la luxation congénitale des hanches ; un affaissement bilatéral de la voûte plantaire.

Les caractéristiques du syndrome obésité-troubles fonctionnels sont les suivants : poids de 66 kg. 600 pour une taille de 1 m. 39 ; l'excès pondéral est ainsi de 25 kg. Rappelons qu'à sa naissance la malade pesait seulement 3 livres 1/2, qu'elle avait dès l'âge de 8 ans un embonpoint marqué et qu'elle pesait 70 kg. à 12 ans. Rappelons également que son fils, à la naissance, pesait 6 livres. Rappelons enfin que sa mère est glycosurique, hypertendue, et porteuse d'une pilosité mentonnière. En ce qui concerne la malade elle-même, la tension artérielle ainsi que la glycémie sont normales ; le métabolisme de base est à + 8 %.

Les caractères d'intersexualité : nous nous rangeons ici derrière la définition de l'intersexualité proposée par J. Decourt, envisageant le syndrome au sens clinique du terme. Entrent dans ce cadre « tous les cas où l'on voit chez un sujet de sexe déterminé certaines caractéristiques du sexe opposé » (cf. Endocrinologie sexuelle, questions d'actualité. Rapports de la 2e réunion des endocrinologistes de langue française, Paris, 10-12 juillet 1953, p. 101-144). Dans cette perspective, la malade semble présenter les caractéristiques du virilisme sans hypogynisme.

Virilisme ? Plaident en ce sens : la gravité de la voix, l'hypertrichose (pilosité mentonnière, pilosité pubienne importante), l'hypertrophie musculaire prédominant à la ceinture scapulaire.

L'absence d'hypogynisme découle cependant des constatations suivantes : largeur du bassin ; large développement des glandes mammaires et de la pigmentation des aréoles ; régularité et durée normale des menstruations ; aspect normal des organes génitaux externes, bien que l'utérus apparaisse petit et dur.

Les dosages biologiques apportent des données peu significatives : 17-cétostéroïdes (1er dosage, 1.400 ml. d'urines pour 24 heures) = 8 mgr. 7, 17-cétostéroïdes (2e dosage, 1.880 ml. d'urines pour 24 heures) = 9 mgr. 9, 11 oxystéroïdes (mêmes urines) = 0 mgr. 51. Folliculine = 67,5 unités internationales par 24 heures (le prélèvement d'urines nécessaire à ce dosage a été fait au 9e jour et non au 21e jour du cycle ; donc, il ne chiffre pas l'élimination maxima, mais il est un chiffre bas). Hormones gonadotropes = 10 unités-souris par 24 heures (le prélèvement d'urines avait eu lieu au 15e jour du cycle.

Par ailleurs, il semble qu'il y aurait même, concomitamment au virilisme, un certain aspect d'hypergynisme : l'analyse des morphogrammes en fonction des critères proposés par J. Decourt montre un léger excès du diamètres bitrochantérien par rapport à la taille qui est faible, et par rapport au diamètre bi-huméral. Par ailleurs, les glandes mammaires et les aréoles sont fortement développées, comme nous l'avons déjà souligné.

Les caractéristiques psychiques : notons d'abord que nous retrouvons, chez notre malade, la double composante indiquée par Decourt comme fréquente chez les femmes hypergyniques : « une tendance marquée à la passivité et au besoin de protection ». Le test de Wechsler-Bellevue signale, en dehors d'un niveau de débilité (quotient intellectuel = 59), la probabilité d'une détérioration mentale pathologique (18 %). L'évaluation de l'adaptation au groupe social d'après le test de frustration de Rosenzweig exprime

une déviation pathologique très au-dessous de la moyenne. Le Rorschach, enfin, est très pauvre ; les réponses sont en petit nombre, et l'on remarque particulièrement des tendances à la confabulation.

*
**

En résumé : La survenue d'une bouffée délirante polymorphe chez un débile dysmorphique de 35 ans — bouffée qui fut stabilisée rapidement par sismothérapie associée à une faible dose journalière de chlorpromazine — nous a fourni l'occasion d'étudier les composantes très complexes d'une personnalité psycho-biologique strictement paranormale. Les caractéristiques les plus capables de retenir l'attention sont les suivantes :

1) L'existence d'une hérédité familiale caractérisée par la présence, chez la mère de la malade, de troubles permanents et encore actuels : obésité, diabète, hypertension.

2) L'apparition, chez notre malade, à l'âge de 11 ans, d'une puberté précoce, puis, fait très remarquable, l'installation, à partir de l'âge de 14 ans, d'un syndrome de masculinisation ayant évolué rapidement en deux années au point de nécessiter une intervention qui fit découvrir un arrhénoblastome ovarien (rappelons que la découverte de cette tumeur ovarienne fut l'occasion d'une première publication due en 1939 au Dr Maurice Luzuy, de Blois).

3) L'absence de toute récidive néoplasique cliniquement ou biologiquement décelable depuis 18 années.

4) La persistance atténuée d'un état dysmorphique à type de virilisme, associé à un certain degré d'hypergynisme, et cependant un équilibre endocrinien compatible avec une grossesse menée à terme quatre années après l'intervention d'exérèse.

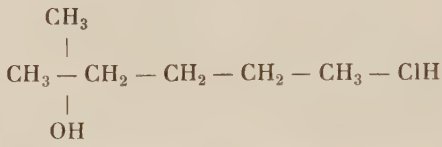
5) L'apparition au cours de l'accouchement d'un syndrome éclamptique et la présence, chez l'enfant issu de cette grossesse, de tares nécessitant son maintien en établissement spécialisé.

6) L'adaptation laborieuse, quoique passivement réalisée ; puis le désarroi occasionné par la perte de l'emploi occupé depuis dix années : perte ayant été l'occasion déclenchante d'un paroxysme psychotique pour lequel la malade fut hospitalisée dans le service du Dr H. Ey, à l'hôpital psychiatrique de Bonneval.

Note sur un nouveau tonique dépressolytique correcteur des neuroleptiques : l'heptaminol, par MM. Fouks, Laine, F. Pagot et Mlle Cheminée.

Lors de votre séance du 19 mars 1956, dans une note sur les effets secondaires des médications dites neuroleptiques, nous avions rapporté les résultats obtenus avec les amphétamines dans la correction de l'as-

thénie et de l'inertie psychomotrice induite par les neuroleptiques. Par l'intermédiaire de notre collègue, Le Guillant, que nous sommes heureux de remercier ici, nous avons été amenés à faire l'essai d'un nouveau correcteur : l'heptaminol. C'est un amino-alcool aliphatique en C 7, c'est le chlorhydrate d'amino-2-méthyl-6-heptanol-6, de forme développée :



C'est un corps très soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool froid, presque insoluble dans l'acétone et l'acétate d'éthyle, non hygroscopique.

L'investigation pharmacodynamique de l'heptaminol a mis en lumière deux propriétés qui orientent l'attention vers son influence sur le système nerveux : Cahn et Melon ont montré qu'il augmente la dose anesthésique de pentothal dans la proportion de 82 %. D'autre part, il augmente également de 184 % la dose paralysante de curare administré en même temps que l'anesthésique ; il agit donc comme un protecteur.

Ces constatations ne permettent sans doute pas d'affirmer ou de nier une action périphérique de l'heptaminol, mais elles suggèrent, à coup sûr, l'hypothèse d'une action nerveuse centrale par stimulation, ou détoxication ; ces certitudes acquises laisseront à en préciser le mécanisme intime qui peut relever d'une amélioration de la résistance à l'accumulation de CO_2.

L'heptaminol n'est pas né d'un pur hasard. Il résulte d'un choix effectué par Loubatières, de 1949 à 1951, dans l'étude pharmacologique d'une trentaine d'amino-alcools, Les travaux de Loubatières ont démontré le tropisme préférentiel de cette substance pour le cœur, ainsi que son action cardiaque directe, rapide et puissante. La marge de sécurité est considérable puisque la dose efficace est 1.000 fois inférieure à la dose toxique.

L'heptaminol, écrit Loubatières, « est un corps de synthèse mimétique des actions pharmacologiques de certains digitaliques et en particulier de l'ouabaïne. C'est un tonique puissant de myocarde. Son action est rapide, directe, durable. Elle peut être renouvelée, car le 2831 R.P. n'a pratiquement pas d'action tachyphylactique pour le muscle cardiaque et ne déprime jamais celui-ci. Le 2831 R.P. n'est pas toxique pour le cœur. Il provoque quelquefois, et d'une manière inconstante, une légère accélération cardiaque. Le 2831 R.P. est doué d'une action réanimatrice spectaculaire pour le cœur arrêté depuis quelques instants. Il neutralise les effets toxiques de concentrations élevées de CO_2 sur le tissu nodal. Le 2831 R.P. ne dispose pas à la fibrillation et ne s'oppose pas à la défibrillation d'un cœur en train de

fibriller. Le 2831 R.P. augmente le débit sanguin coronaire et accroît le débit cardiaque. Il diminue chez l'homme les pressions auriculaire et ventriculaire droite. Il ne fait pas apparaître sur l'électro-cardiogramme de manifestations traduisant une toxicité particulière pour le myocarde. A doses fortes, le 2831 R.P. est à la fois un tonique myocardique et un tonique vasculaire. Les deux effets s'exercent respectivement sur les cellules effectrices du myocarde et sur les tuniques des vaisseaux. Les deux actions additives, tonique cardiaque et tonique vasculaire, sont particulièrement évidentes dans les collapsus cardio-vasculaires graves de diverses origines ».

Le Docteur Martin ayant remarqué que l'heptaminol provoquait un état de bien-être non euphorisant avec résistance accrue à la fatigue, eut, semble-t-il, le premier, l'idée d'utiliser l'heptaminol comme défatigant et psychotonique. C'est Le Guillant qui semble l'avoir utilisé le premier comme correcteur des neuroleptiques. Dans son travail présenté à votre Société au mois d'avril, il écrit : « C'est l'heptamyl (4 à 6 comprimés au réveil et à midi) qui nous a paru le meilleur correcteur des manifestations liées aux neuroleptiques. Ce cardio-tonique paraît avoir une action centrale importante encore que mal connue, et dont nous allons incessamment entreprendre l'étude (ainsi que celle des neuroleptiques) par la méthode des réflexes conditionnés. »

Borenstein l'aurait aussi utilisé avec d'excellents résultats.

Depuis plus de trois mois, nous utilisons l'heptaminol comme correcteur des neuroleptiques en cas d'asthénie et d'inertie psychomotrice. Les résultats ont été si satisfaisants que, rapidement, nous avons renoncé aux amphétamines. Dénué de toxicité et d'effets secondaires néfastes sur le système nerveux central, l'heptaminol nous paraît, en effet, bien supérieur. Il dissipe l'asthénie, l'apathie et la dépression, relève le tonus énergétique et psychique, accroît la résistance à la fatigue, active les fonctions psychomotrices, incite au travail, stimule l'appétit et procure un état de bien-être très apprécié des malades.

Bien que l'heptaminol ne provoque pas d'euphorie, il est en général préféré aux autres psychotoniques, en raison de l'absence d'effets secondaires. Il ne donne pas, en effet, le sentiment désagréable d'être dopé, ne produit ni énervement, ni irritabilité. L'effet tonique est plus doux, plus lent à se manifester, par contre, il paraît plus durable ; surtout, l'heptaminol ne réveille pas l'anxiété et semble dénué d'effets secondaires défavorables sur le tonus ainsi que le sommeil. Au contraire, les malades reprennent un rythme de vie normal, se sentent plein d'entrain, d'énergie, travaillent avec régularité et retrouvent plus facilement un sommeil réparateur. Il ne paraît y avoir ni accoutumance, ni épuisement en ce qui concerne l'effet psychotonique. Au contraire, en ce qui concerne l'effet hypertenseur, après un relèvement immédiat de la tension qui peut aller jusqu'à 2 à 3 points, et qui paraît plus marqué chez les hypertendus il se produit secondairement une baisse tensionnelle, mais, en général, la tension se maintient à un niveau

supérieur au niveau de départ. Les seuls effets secondaires que nous ayons constatés ont consisté :

1° en accès de palpitations assez désagréables, mais heureusement rares. Il semble d'ailleurs, que ces accès de palpitations surviennent plus souvent avec des doses faibles qu'avec des doses plus importantes ;

2° dans un cas, le malade a prétendu que chaque fois qu'il absorbait un comprimé d'heptaminol, il ressentait, en plus des accès de palpitations, des bouffées de chaleur et présentait, à ce moment, une congestion marquée du visage.

Très rapidement, nous avons été amenés à utiliser des doses supérieures à celles indiquées par Le Guillant, 200 à 1.000 mg. par jour. Nous préférons la forme soluble. Les doses sont réparties en deux ou trois prises : matin, midi et seize heures.

Les heureux effets obtenus dans la correction de l'asthénie induite par les neuroleptiques, nous ont amenés à utiliser l'heptaminol comme dépressolytique chez les déprimés asthéniques. Les résultats ont été très encourageants et l'heptaminol, nous semble-t-il, est l'un des meilleurs psychotoniques actuels, d'autant plus qu'il paraît dénué d'effets nocifs (accoutumance progressive, réveil de l'anxiété, dépression secondaire, troubles du sommeil).

Nous nous bornerons à vous rapporter les quatre observations de déprimés asthéniques ayant très favorablement réagi à l'heptaminol :

Observation 1. — Mme B..., 56 ans : hypocondriaque depuis dix ans au moins ; asthénie, anesthésie affective, indifférence, logorrhée monotone, apragmatisme total, cénestopathies diverses, autodidactisme médical, restriction alimentaire, insomnie, état lectuaire, constipation, sénilisation précoce. Traitée en 1951 et 1953 par électro-choc, amélioration partielle et très passagère. Avec l'heptaminol, transformation rapide de l'état mental parallèle à une amélioration importante de l'état général avec reprise de l'appétit ainsi que de l'activité pragmatique.

Observation 2. — Mme H..., 44 ans : accès dépressifs cycliques depuis 1953, liés en général à des ennuis familiaux, le dernier provoqué par le rappel de son fils en Algérie. Dépression, asthénie, adynamie, apragmatisme. La cure de sommeil n'entraîne qu'une rémission passagère ; il en est de même de l'électro-choc. L'heptaminol, au contraire, provoque une véritable résurrection. Très rapidement, elle retrouve son entrain et son activité, se sent en pleine forme, éprouve le besoin de se dépenser en activité variée et continue. Faciès épanoui, exprimant la joie d'avoir recouvré son énergie et sa santé. Pense qu'on a enfin compris son cas et trouvé le traitement approprié. Pourtant, les causes de sa dépression persistent, son fils étant encore en Algérie.

Observation 3. — Mme M..., 46 ans : déprimée, asthénique avec tendance névrotique, obsessionnelle et phobique, tics de la face. Les tranquillisants permettent une sédation des phénomènes névrotiques, mais restent sans influence sur l'asthénie et la dépression. L'heptaminol entraîne rapidement

une amélioration spectaculaire. Comportement normal, excellente activité pragmatique, travail méthodique, ordonné et rapide, souffre de voir les autres malades travailler sans goût, sans attention et trop lentement. Sensation de bien-être, humeur stable, excellente sociabilité, faciès ouvert, excellent contact. Cette transformation est d'autant plus saisissante qu'à l'entrée, en raison de son désintérêt, de son indifférence, de sa lenteur, elle donnait l'impression d'une personnalité diminuée et en voie d'involution.

Observation 4. — Mme P..., 48 ans : déprimée cyclique, troubles hypocondriaques divers, entretenus par une asthénie importante ainsi qu'une insomnie tenace. Les tranquillisants améliorent la dépression, régularisent le sommeil, mais restent sans effet sur l'asthénie. Seul l'heptaminol permet d'agir sur ce symptôme et entraîne la guérison. Mise à l'heptaminol, elle se trouve immédiatement mieux au point de vue moral, se sent pleine d'entrain, de résistance à la fatigue, et retrouve son appétit.

Conclusions : L'heptaminol est un excellent psychotonique, pratiquement dépourvu d'effets secondaires. Son action favorable se manifeste, non seulement sur le tonus psychique et musculaire, mais aussi sur le tonus général. Il normalise l'appétit, permet la reprise d'une activité pragmatique normale, accroît la résistance à la fatigue et procure une sensation de bien-être non euphorisante. Il ne provoque, semble-t-il, ni accoutumance, ni dépression secondaire, ni réveil de l'anxiété, ni troubles du sommeil. Le seul effet secondaire, bien que rare, est l'apparition d'accès de palpitations et peut-être de bouffées de chaleur avec congestion du visage.

Effets comparatifs de l'injection intraveineuse de sérotonine e de réserpine. Étude psychométrique neuro-végétative et électroencéphalographique, par M. R. Lafon, M^lle^ Boyer, MM. N. Duc, J. Minvielle et R. Pouget.

On connaît, depuis les travaux de Wooley et Shaw, le rôle de la 5 H-T ou sérotonine dans les processus mentaux : d'après ces auteurs, la suppression de l'effet de la sérotonine se manifeste par des troubles mentaux.

Par ailleurs, récemment, Erspamer a montré que sous l'effet d'une forte dose de réserpine il se produit une libération totale de la sérotonine des plaquettes et de la rate, ainsi qu'une libération partielle de la sérotonine gastro-intestinale et cérébrale. La question du mode d'action de la réserpine et des rapports entre réserpine et sérotonine a été ainsi posée (Pletscher, Brodie).

Nous avons voulu provoquer par des injections séparées de sérotonine et de serpasil, chez les mêmes malades, des effets psychiques, végétatifs et électroencéphalographiques, susceptibles de nous éclairer sur le mode d'action de chacun de ces deux produits. Nous avons

appelé test à la sérotonine et test à la réserpine, les effets provoqués par une dose unique de sérotonine et de réserpine en injection intraveineuse.

Malades testés

Dix malades de niveaux intellectuels différents (instituteurs, ouvriers; intelligence d'adultes supérieurs, oligophrénie profonde) qui sont des schizophrènes sauf une épileptique.

Parmi les schizophrènes : trois paranoïdes, six hébéphréno-catatoniques tous d'évolution relativement ancienne de 2 à 20 ans.

Protocole des tests

I. *Sérotonine.* — Les dix malades ont reçu 5 mg. (0,005) de sérotonine en injection intraveineuse ; la veille au soir, ils ont été examinés du point de vue psychométrique :

a) Barrage de Zazzo.

b) Répétition de séries de chiffres en ordre direct et à rebours.

c) Test de Szondi.

d) Certains malades ont été testés au Progressive Matrice 1938 de Penrose et Raven.

Dans l'heure qui suit l'injection, tracés électroencéphalographiques et électrocardiographiques ; enregistrement de la respiration, du pouls et de la tension artérielle.

Les examens psychométriques ont été répétés, 4 ou 5 heures après l'injection.

II. *Réserpine.* — Huit malades seulement sur les dix précédents ont pu être examinés avant et après le serpasil.

Protocole analogue : examen psychométrique la veille au soir.

Injection intraveineuse de 2 mg. 5 de serpasil.

Enregistrement pendant les deux heures qui suivent l'injection. Ultérieurement, répétition des examens psychométriques.

Résultats

I. Test à la sérotonine

1) *Psychométrie : a*) Au test de Zazzo, augmentation du nombre de carrés barrés dans tous les cas et d'environ un tiers en plus. L'augmentation du rendement est constant avec diminution des oublis de l'ordre de 20 %. La diminution des erreurs est également constante et de l'ordre de 50 %.

b) A l'épreuve de répétition des séries de chiffres, le nombre des

séries répétées dans les deux sens est augmenté de deux unités en moyenne.

c) Au test de Szondi on note dans six cas sur dix une poussée d'agressivité nette ; dans trois cas, cette réaction a été discrète ; dans un cas, pas de modification.

Dans cinq cas sur dix, réaction de type hypomaniaque ; les cinq autres cas restant inchangés.

d) Au Progressive Matrice, amélioration nette des scores :

Examen au Progressive Matrice

	AVANT SÉROTONINE		APRÈS SÉROTONINE	
1er cas (épilepsie)	15 min.	8 pts	10 min.	20 pts
2e cas (F. paranoïde) ..	11 min.	11 pts	8 min.	18 pts
3e cas (F. héb. catat.) ..	9 min. 30 .	15 pts	7 min. 15 .	20 pts

2) *Enregistrement :* Dans tous les cas on observe une tachycardie éphémère mais intense. Chez un seul malade, une élévation tensionnelle.

Aucune modification électroencéphalographique ni électrocardiographique n'est enregistrée.

A noter que chez trois malades, l'injection de sérotonine a été suivie de sensation de malaise avec striction thoracique et pâleur des téguments. Ces réactions sont observées uniquement dans les premières minutes et ne sont pas suivies d'effets inverses.

II. *Test à la réserpine*

1) *Psychométrie : a*) Au test de Zazzo, le nombre de carrés barrés est légèrement augmenté ; le rendement n'est modifié que dans six cas et de manière discrète (10 %) ; le nombre d'erreurs est diminué d'un tiers dans quatre cas ; dans les autres cas, il n'y a pas de modification.

b) A l'épreuve de répétition des séries des chiffres, le nombre des séries est augmenté d'une unité en moyenne dans la moitié des cas, et n'est pas modifié dans l'autre moitié.

c) Au test de Szondi, dans la moitié des cas, on note des réactions discrètes de type agressif et un essai d'amélioration du contact avec le monde extérieur.

2) *Enregistrement :* Les modifications observées sont minimes en ce qui concerne l'électroencéphalogramme et les réactions végétatives. En particulier, on n'observe pas de tachycardie, et les variations tensionnelles inconstantes sont dans le sens de l'hypotension et

le tracé électroencéphalographique n'indique pas de diminution de l'état vigile.

A noter cliniquement dans quelques cas une certaine congestion faciale ; plus rarement, un léger tremblement des extrémités.

Appréciation générale des résultats

L'absence de modifications du tracé électroencéphalographique par la sérotonine et par la réserpine, ne permet pas d'apprécier leur action sur l'électrogénèse cérébrale. On sait que, chez l'animal, la réserpine ne provoque aucune modification électroencéphalographique caractéristique (Morin et coll.).

Les réactions végétatives sont inconstantes.

Du point de vue psychométrique, les réponses au *test à la sérotonine* sont beaucoup plus évidentes qu'au test à la réserpine : on peut noter une meilleure efficience des fonctions d'attention et des fonctions mnésiques. La sérotonine améliore également l'efficience de l'intelligence générale, indépendamment du niveau intellectuel de base et du diagnostic psychiatrique.

Après injection de sérotonine on voit apparaître dans le vecteur des affects, une réaction d'agressivité.

Le test à la réserpine provoque des réponses moins caractéristiques, plus discrètes. Nous avons eu dans un travail précédent (1) l'occasion de noter les mêmes constatations avec l'injection de 2 mg. de réserpine.

Par contre, le contrôle psychométrique régulier de douze malades soumis à une cure de réserpine *per os* de deux à trois mois (neuf schizophrènes, deux maniaques, une névrose obsessionnelle), nous a permis de dégager au test de barrage de signes, une meilleure stabilisation de l'attention, et au test de Szondi une poussée d'agressivité dans les deux tiers des cas. Au Progressive Matrice et à la répétition des chiffres, les modifications observées après traitement étaient peu caractéristiques.

Conclusion

On peut affirmer que, du point de vue psychométrique, *les réponses à la sérotonine et à la réserpine s'effectuent dans le même sens :* amélioration de l'efficience de l'intelligence générale, de l'efficience de la mémoire et de l'attention, et, dans le vecteur des affects, au test de Szondi, apparition d'une réaction d'agressivité. Il est sans doute permis de supposer que la réserpine agit sur le psychisme par l'intermédiaire de la sérotonine libérée, car l'introduction directe de la sérotonine dans l'organisme provoque des effets psychologiques plus constants et plus nets qu'avec la réserpine.

(1) MM. Lafon, Duc, Mlle Boyer, MM. Abric et Pouget. — Exploration psychologique des sujets traités par le 4560 R.P. et la réserpine. *Colloque International sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques.* Paris, 20-22 octobre 1955.

Aspects trop souvent méconnus de psychoses syphilitiques,

par MM. P. Menger, Y. Donval et P. Pennec.

C'est avec intention que nous employons l'expression psychoses syphilitiques et non pas affections neuro-syphilitiques, ne voulant pas préjuger de la présence constante de lésions ou d'atteintes du névraxe dans les états psychopathiques envisagés.

Nous éliminons d'emblée, dans cette étude, toutes considérations concernant ce que l'on a appelé la paralysie générale progressive et la syphilis cérébrale, le tabès et les affections neurologiques classiques spécifiques du névraxe, maladies évoquées au cours des actions diagnostiques différentielles, et dont on a, pourrait-on dire, la hantise, avec tous leurs signes bien connus, tant cliniques que biologiques. Mais peut-être pourrait-on du moins, dans quelques cas, penser à des formes frustes de ces atteintes neuro-psychiatriques, à ce que notre Maître Georges Guillain nommait leurs « formes vaccinales ».

Notre propos n'est pas de rappeler ce que l'on a désigné lors de l'avènement des enquêtes sérologiques, du terme d' « une nouvelle syphilis nerveuse », aux aspects cliniques inapparents et qui était essentiellement caractérisée par la présence exclusive des révélations de laboratoire. Nous pourrions dire qu'il s'agit précisément de l'inverse et que les formes qui nous intéressent se distingueraient plutôt par l'absence de réactions décelables du sang et du liquide céphalo-rachidien et seraient plutôt biologiquement inapparentes.

Les malades dont les cas font l'objet de notre propos sont en grande majorité des usagers des centres de médecine préventive et nous pouvons dire que, dans le domaine qui nous occupe, la nature des troubles est en général essentiellement différente au dispensaire et à l'asile, ce qui a déjà été mentionné d'une façon globale par l'ensemble des malades. Si, à la rigueur, nous rencontrons exceptionnellement à l'hôpital psychiatrique les types classiques et formes graves de neuro-syphilis, ce que nous rencontrons sous la forme ambulatoire dans les consultations est bien différent... Nous avons été frappé de la fréquence de troubles psychiques divers chez des sujets pour lesquels notre impression clinique et anamnestique nous faisait soupçonner l'influence d'une syphilis d'origine plus ou moins lointaine dans la personne ou la lignée et nous avons pu vérifier que l'on oubliait trop souvent qu' « en présence de tout trouble mental de cause inconnue, le premier devoir du médecin est de penser à la syphilis » (Babonneix) et la formule de Ricord, valable pour les troubles psychiques comme pour les autres : « Avec la vérole tout est possible comme guérison, l'impossible même quelquefois ! »

Nos investigations biologiques se révélèrent négatives, à peine quelques cas sur des centaines, nous apportèrent un Bordet-Wassermann positif. Nous devons avouer que les examens du liquide céphalo-rachi-

dien ne furent en général pas effectués, les personnes en question vaquant à leurs occupations habituelles et ne se prêtant pas à un alitement ou à une hospitalisation en vue de la ponction lombaire. Remarquons que l'absence de signes sérologiques, dans le sang, nous incline à déduire à la faible proportion possible des réactions dans le liquide céphalo-rachidien. Nous avons vu parfois les signes sérologiques disparaître, alors que les signes psychiques se maintenaient et demeuraient encore sensibles aux traitements chimiques ou antibiotiques. Parfois aussi, après être totalement disparus en même temps que le Bordet-Wassermann positif, ils reparaissaient sans celui-ci, toujours avec vulnérabilité au traitement spécifique. Quelques cas semblables à ceux que nous suivions au dispensaire avaient déjà été étudiés à l'hôpital sans apporter de notion de positivité des réactions. Nos internes, avec l'ardeur et la combativité de la jeunesse, se remirent à l'ouvrage et voulurent trouver chez les suspects des réactions caractéristiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Après de multiples tentatives, ils n'en avaient décélé aucune. Ni le benjoin colloïdal, ni le test de Nelson, ne furent pourtant pratiqués.

Quels sont les états psychopathiques qui ont avant tout retenu notre attention ?

Ce sont des états dépressifs souvent anxieux, parfois obsessionnels avec idées noires et préoccupations sombres, même tragiques ;

des états *dits* d'anémie cérébrale, que nous avons schématisés dans un de nos derniers mémoires ;

des états hypomaniaques avec instabilité psychomotrice ;

des états subconfusionnels surtout postpuerpéraux ;

des manifestations comitiales surtout mineures ;

des états d'allure schizoïde avec diffluence verbale et irritabilité inexpliquée ;

des manifestations de déséquilibre et d'érotisme.

Pourquoi orientons-nous notre conviction vers une étiologie spécifique ?

D'abord, quand la cause de la psychose n'apparaît pas catégoriquement.

Il y a parfois notion d'un accident primaire, d'une contamination du sujet, ou du conjoint, ou des ascendants directs.

Nous accordons une valeur importante à la polyléthalité infantile dont la mortinatalité, à la multi-neuro-psycho-morbidité familiale, aux fausses-couches et avortements spontanés, aussi aux états de stérilité, que ces accidents appartiennent à la famille du sujet ou de son conjoint, ils retiennent tout autant notre attention,

à la nature puerpérale ou postpuerpérale, nous pensons alors à une contamination possible par le mari et le fœtus et, nous renforçons nos présomptions si le conjoint est marin, militaire, migrateur ou nomade.

Caractère volage ou inconduite notoire du sujet ou du partenaire sexuel.

Les signes de dégénérescence, bien que non toujours pathognomoniques, ont aussi leur valeur, surtout s'il s'agit de triade d'Hutchinson, de strabisme, de paralysie oculaire, signature de la vérole sur l'œil (Ricord), véritable cachet de spécificité (Fournier), de myopie congénitale grave, d'anisocorie, de bec-de-lièvre, de langue dépapillée ou crevassée, d'adhérence du lobe de l'oreille, d'hydrocéphalie, de prognatisme ou de glossoptose, d'asymétrie faciale, d'inclinaison céphalique latérale rebelle, de mongolisme, d'écartement des incisives supérieures, de cardiopathie congénitale...

La présence de signes neurologiques *organiques* ou d'un seul de ces signes renforce nos soupçons, ainsi que leur asymétrie. Notons d'ailleurs la rareté relative du symptôme neurologique *physique* caractérisé, je veux dire somatique, lésionnel et non pas seulement fonctionnel. De même, une psychopathie, une psychasthénie, une perversité juvéniles, l'acné juvénile.

Ainsi, sur de simples suspicions plus ou moins graves, en l'absence de critères séro-cytologiques, nous avons entrepris, dans une foule de cas, le traitement antispécifique et obtenu de façon permanente des améliorations et des guérisons qui stupéfièrent les familles et les malades eux-mêmes.

Aux formes chroniques nous avons opposé les traitements chroniques aux médications variées et alternées, aux formes aiguës des cures franches et décisives d'un même médicament administré crescendo.

Nous avons frappé parfois mollement dans les formes légères, à tâtons, par le vieux sirop de Gibert ou l'hectine et pourtant avec efficacité, parfois plus fortement dans des aspects plus sévères par le véryl, le sulfar, le bismuth et les pénicillines procaïnées ou non, et là nos succès ne se comptèrent plus.

Chez les sujets sénilisants nous avons recours à des thérapeutiques atténuées. Mais dans l'ensemble nous avons noté que les traitements préconisés classiquement étaient nettement trop choquants et qu'il y avait lieu d'en diminuer l'intensité. C'est ainsi que nous établissons des cures pour adultes de deux ou même une injection d'hectine par semaine, de 0 g. 30 de sulfar deux fois ou même une fois par semaine, de 0 g. 03 à 0 g. 035 de Bi tous les huit ou tous les dix jours, de 400.000 à 600.000 U. de pénicilline deux ou une fois par semaine, ou encore de piqûres alternées de 0 g. 035 de Bi tous les dix jours avec 600.000 U. de pénicilline à la même cadence.

Rappelons ici que le cyanure de Hg et le véryl sont devenus, pour bien des confrères, des produits curatifs de l'épilepsie, alors même que l'origine de celle-ci n'apparaît pas comme spécifique. Que certains auteurs ont voulu voir dans la bismuthothérapie une médication de nombreuses affections neurologiques, en particulier scléroses, séquelles de névraxites, névrites, sans que la nature spécifique des lésions soit le moindrement mise en cause. Que les arsénobenzènes, outre leur action tréponémicide, ont toujours été considérés comme tonifiants et euphorisants.

Rappelons aussi que les pénicillines-retard procaïnées et les bismuthiques oléosolubles qui renferment de la novocaïne, l'hectargyre de la cocaïne, ont un effet immédiat euphorisant, mais qui peut être suivi de bouffées anxieuses ou de recrudescence de l'angoisse — faits analogues à des états de privation. Aussi réservons-nous les pénicillines-G. cristallisées et le Bi en suspension huileuse, aux états anxieux ou à tendances anxieuses et les pénicillines et produits procaïnés ou cocaïnés aux cas réfractaires ou sans tendances à l'anxiété.

Quoi qu'il en soit de ces considérations sur le mode d'action des produits, nous avons obtenu chez nos malades des améliorations radicales et durables, et, tellement parallèles au traitement et à son intensité que la nature spécifique des psychoses nous est apparue indéniable.

Nous ne rapporterons que quelques observations, mais qui pourraient être citées à la centaine :

Observation 1. — M. l'abbé P... G..., 32 ans, est atteint de vertiges très gênants depuis de nombreuses années. Maintenant, des crises de tristesse avec anxiété se manifestent fréquemment. Il ressent de grosses difficultés pour l'exercice de son ministère, en particulier pour la préparation et la pratique de ses sermons, et doit bientôt être mis au repos.

Pas de signes physiques lésionnels. Aucun traitement n'a pu le débarrasser de ses troubles ; il a pourtant vu de nombreux confrères, dont des spécialistes. Les examens de sang se sont révélés constamment négatifs.

Nous apprenons que la mère a eu plusieurs fausses-couches, plusieurs enfants décédés en bas âge, que le père est décédé vers la quarantaine de congestion cérébrale, et nous savons qu'un frère plus jeune présente par intervalles des accès d'hypocondrie.

Nous instituons, sans plus de renseignements, et d'emblée, un traitement par l'hectine qui, ayant donné une légère amélioration, est suivi de sulfar.

La mère se rendant compte de l'orientation que prend la thérapeutique, se décide à nous avouer que le père a été atteint dans sa jeunesse de syphilis peu ou non soignée.

Après trois ou quatre électro-chocs, nous poursuivons le traitement par le bismuth. Des cures alternées sont pratiquées pendant plus de quatre années.

Aujourd'hui, cet ecclésiastique est à la tête d'une importante cure, où il dirige un vicaire et assure de nombreux offices et prédications. Les vertiges, les accès anxieux, la fatigabilité mentale ont totalement disparu.

Observation 2. — Mme L... G..., 28 ans, deux fillettes bien portantes. Ressent depuis plus d'un an un état de lassitude avec asthénie, obsessions hypocondriaques, crises de « cafard », insomnie, inappétence, amaigrissement progressif. Les divers médecins qui l'ont vue l'ont traitée par des moyens multiples sans aucun résultat.

Quand nous la voyons, elle est gémissante et pleure sur son sort. Les prises de sang ont toujours été négatives. Crâne un peu gros et bosselé. Je pratique quelques électro-chocs, qui amènent une détente du moral, mais toutes tentatives en vue d'améliorer l'état général et la reprise du poids demeurent vaines.

C'est alors que je me souviens avoir soigné autrefois la maman pour un état dépressif grave à forte charge affective. Elle avait présenté plusieurs fausses-couches et surtout était normalement de caractère assez frivole et volage, recherchant les aventures masculines et se vantant sans vergogne des séductions qu'elle opérait parmi ses relations plus ou moins recommandables. J'avais alors obtenu un succès remarquable par le sulfar.

Une cure d'hectine amena déjà une légère et heureuse transformation, qui s'accentua par le bi, mais le triomphe sensationnel fut obtenu par le sulfar qui, dès les premières piqûres, rétablit un excellent appétit, les forces, l'embonpoint, et surtout la joie de vivre et le goût du travail et de l'ordre. Le médecin de la localité, avisé de la direction imprimée au traitement, persévéra dans ce sens.

Depuis bientôt deux ans, le bonheur est revenu dans ce foyer et l'exmalade n'a pas eu à retourner me consulter.

Observation 3. — Mme D..., 45 ans, présente depuis plusieurs années un état d'anxiété à exacerbations irrégulièrement espacées et d'intensité variable. Au cours de ces accès, asthénie accentuée, dégoût, découragement, troubles graves du sommeil, vit dans l'appréhension d'un malheur. L'appétit diminue fortement, étourdissements, céphalées. Est vivement impressionnée par les meubles et le parquet qui craquent la nuit. « Ce sont les prêtres qui font ça... », dit-elle.

A été traitée dans différentes cliniques, a subi des comas insuliniques et des électro-chocs, et toujours les angoisses se reproduisent avec les mêmes interprétations. Les examens de sang furent constamment négatifs. Soucis avec son mari, grand buveur, à qui elle ne peut s'empêcher d'adresser des reproches et qui lui fait des scènes fréquemment, ce qui augmente sa nervosité et ses frayeurs.

N'a eu qu'une fille, actuellement âgée de 20 ans, et qui aurait été atteinte il y a quelques années d'une méningite étiquetée tuberculeuse, avec liquide céphalo-rachidien clair mais présentant « de nombreux éléments figurés ». La réaction de Bordet-Wassermann ne fut pas recherchée et, malgré l'injection de quelque 150 ampoules de dihydro-streptomycine, cette méningite ne s'améliora pas. Elle évolua spontanément par la suite, laissant comme séquelle une cécité quasi-complète, sans aucune atteinte, ni de facultés mentales, ni d'aucun autre territoire neurologique. Acné juvénile très marquée.

Mme D... présente de naissance un strabisme divergeant avec gros affaiblissement de la vision de l'œil droit. Le mari est depuis longtemps un habitué des bistros, sans contrôle de sa propre conduite.

Un traitement par l'hectine amène une détente rapide. Nous persévérons par une cure bismuthique et bientôt toute anxiété disparaît. Les meubles continuent à craquer, mais elle n'y prête plus garde. Son marie continue à se saouler mais alors elle se garde bien de le critiquer et elle s'en éloigne. Après consolidation des résultats par plusieurs séries de bi et de pénicilline G cristallisée avec solvant-retard, la guérison dure depuis plus d'un an.

La jeune fille qui, elle-même, commençait à présenter de la dépression nerveuse avec idées sombres a vu, sous l'influence d'un simple dépuratif arsenical et mercuriel, son moral redevenir satisfaisant et... son acné disparaître.

Ces états correspondent-ils simplement à un certain degré de lepto-méningo-vascularite selon la conception de M. Ravaut ? Les réactions sérologiques sont-elles de nature si légère et si infime qu'elles échappent aux recherches biologiques ?

En cas de lésion nerveuse indubitable, quelle que soit sa localisation, son retentissement cérébral peut suffire à expliquer les troubles psychiques.

Une atteinte quelconque de l'organisme, et particulièrement celle de l'état général avec « syphilitie appearance », hépatisme et anémie peut entraîner une répercussion psychique génératrice de psychose. N'a-t-on pas signalé des psychoses dues à la simple révélation de la contamination... Il n'en s'agit pas moins à notre avis de psychoses syphilitiques.

Il ne s'agit évidemment pas, dans les cas du genre de ceux que nous avons observés, de paralysie générale progressive, on ne saurait non plus parler à leur sujet de syphilis cérébrale, leur allure générale et leur évolution ne les rappellent aucunement, tout au plus pourrait-on, exceptionnellement, y voir des formes frustes ou vaccinales de celles-ci dans les seuls aspects, rares d'ailleurs, où apparaissent des signes neurologiques physiques authentiques, c'est-à-dire lésionnels. Encore faudrait-il que l'on trouvât relativement fréquemment des réactions biologiques positives, ce qui n'est pas réalisé. Nous reconnaissons humblement que les examens sur le liquide céphalo-rachidien n'ont pas été effectués pour les malades de l'extérieur aux formes ambulatoires. Ils l'ont été pour un certain nombre de formes hospitalisées, cliniquement analogues, et se sont alors révélés négatifs.

Aussi pensons-nous n'avoir eu affaire, ni à des parasyphilis nerveuses, ni à des syphilis nerveuses ou cérébrales dans le sens où classiquement on les conçoit, mais à des formes spéciales *excessivement fréquentes* et trop souvent méconnues, essentiellement *mentales* et fonctionnelles et que, pour les distinguer, on pourrait appeler « réactionnelles ».

Leur étiologie spécifique s'affirme en raison des données apportées par l'étude des antécédents personnels et des antécédents dans la lignée du sujet et dans la lignée du conjoint, notamment affections neuro-psychopathiques, nature des psychoses et des tendances caractérielles, troubles du comportement sexuel et de la conduite générale, fausses-couches et avortements, mortinatalité, certaines manifestations dégénératives, notion d'accidents spécifiques nettement identifiés, alcoolisme ou toxicomanies, compléments d'accompagnement des désordres sexuels et, surtout, les résultats si régulièrement favorables des traitements antisyphilitiques mis en œuvre.

Nous avons voulu insister sur la nécessité de ne pas accorder une confiance absolue aux résultats des recherches de laboratoire, de conserver un doute en présence de réponses négatives et mettre l'accent sur l'utilité de s'en rapporter à l'examen clinique très fouillé, à l'anam-

nèse personnelle, conjugale, familiale, à l'enquête médico-sociale, susceptibles de fournir des doutes, des soupçons, des indices, des convictions, voire des preuves sur la nature et l'origine des troubles à traiter, et de recourir, plus souvent qu'il n'est d'usage, au traitement d'épreuve qui toujours, peut n'être nullement nocif.

BIBLIOGRAPHIE. — Babonneix : *Syphilis nerveuse.* Collection Sergent. — Chatagnon (P. : L'infection syphilitique et ses manifestations nerveuses. Les syndromes mentaux prémonitoires de la paralysie générale progressive. *Le Bulletin médical*, 11 octobre 1947. — Chatagnon (P.-A.) : Réflexions au sujet de la syphilis nerveuse et de son traitement par la pénicilline. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Niort, 21-26 juillet 1947. *Annales médico-psychologiques*, 1947, 2, p. 323. — Curtiss (A.-C.) et collaborateurs : Le traitement de la syphilis par la pénicilline. *Journ. Amér. Méd. Assoc.*, 21 avril 1951. — Menger (P.) : Pénicillinothérapie et intoxication novocaïnique chez le psychopathe. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1953. — Chatagnon (P.), Pilon (L.) et Grimberg (L.-S.) : La syphilis nerveuse vaincue. La paralysie générale, maladie historique. *Annales médico-psychologiques*, 1955, 2, p. 41. — Boudin (G.) et Durupt (L.) : La fin de la syphilis nerveuse. Rapport de neurologie et discussions. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Nice, 5-11 septembre 1955. *Annales médico-psychologiques*, 1955, 2, p. 500. — Menger (P.) : Vitaminothérapie B12 cérébrale intensive par voie intracarotidienne des états « dits » d'anémie cérébrale. *Annales médico-psychologiques*, janv. 1956. — Ravaut (P.) : *Une nouvelle syphilis nerveuse.* Pallas, 15 mars 1956. — Oulès, Soubrier (R.), Carcenac et Mme Salles : Intérêt des thérapeutiques de choc dans certains cas de syphilis nerveuse. *Annales médico-psychologiques*, 1956, 1, p. 621.

Manie symptomatique chez un enfant de 3 ans au cours d'un traitement par l'isoniazide, par M. Lesné, Mme Ragu-Frey, Mme Lafay-Coletsos et Mme Robert.

L'apparition de l'isoniazide a réalisé un progrès considérable dans la thérapeutique de la tuberculose, et en particulier de sa forme initiale chez l'enfant.

De nombreux travaux ont mis en évidence son action sur le système nerveux central et périphérique.

La fréquence des conséquences psychiatriques de l'emploi de cette chimiothérapie demeure encore difficile à préciser.

Les modifications psychiques décrites demeurent le plus souvent discrètes et de caractère bénin et c'est la rareté des manifestations sévères qui nous a amenés à vous soumettre un cas d'intolérance à l'isoniazide survenu chez un enfant de trois ans, traité au préventorium Marcel-Martin, à Brolles, après une primo-infection à localisation ganglio-pulmonaire et chez lequel s'est constitué un syndrome d'excitation psychique avec euphorie évoquant un tableau classique de manie.

Observation. — J.-B. L... a eu 3 ans en juin 1956. Son père est Nord-Africain. Sa mère, plongeuse dans un restaurant, est au bord du paupérisme. Elle apporte à l'enfant des jouets disproportionnés et mal adaptés à l'âge de l'enfant et lui adresse des lettres exaltées et morbides. La grand'mère maternelle, aux dires de la mère, avait des crises d'épilepsie.

La grossesse et la naissance ont été normales, mais à un mois il a été opéré de sténose du pylore. Le premier développement a été normal, mais il a été élevé en nourrice chez la sœur de sa mère durant sa première année.

Repris par sa mère, il entre à 2 ans, en juin 1955, dans le service du professeur Cathala, pour une primo-infection importante.

Le traitement institué est le suivant : du 18-6-1955 au 22-7-1955, il a reçu 0 gr. 60 de streptomycine quotidiennement, et du 23-7-1955 au 16-10-1955, 0 gr. 60 de streptomycine tous les deux jours.

En même temps, du 18-6-1955 au 16-10-1955, 150 mgr. d'isoniazide quotidiennement, et du 29-7-1955 au 16-10-1955, un suppositoire de 100 mgr. s'y ajoute quotidiennement.

Admis au préventorium Marcel-Martin le 24 octobre 1955, la dose d'isoniazide est portée à 200 mgr. du 24-10-1955 au 4-11-1955 et du 5-11-1955 au 28-6-1956 à 250 mgr. Enfin, du 24-10-1955 au 16-2-1956, 2 gr. en deux fois.

Durant le séjour au Lazaret, les troubles du comportement et l'instabilité psycho-motrice sont attribués à la phase d'adaptation, que facilitent sa gaieté et son expansivité.

Examen. — Le développement somatique est normal ainsi que le développement mental, malgré le retard du langags, de règle dans ces conditions de vie collective. La coordination statique générale est bonne, les réflexes tendineux vifs. La motilité oculaire normale. L'audition semble également normale. Les divers examens complémentaires sont normaux ainsi que les fonds d'œil. Il existe une énurésie diurne et nocturne.

Passé dans le service le 3 décembre, la puéricultrice à laquelle il est confié remarque une certaine agitation chez cet enfant accaparant, mais très gai et affectueux, qui ne pleure pas les jours de visite de sa mère. Il est surnommé « le doux fada » et l'allure générale du comportement est rattachée au « passé » de l'enfant, privé de sa mère, puis séparé de sa nourrice.

Cette carence du maternage aggravée par le changement de mains a encore été accrue par le séjour à l'hôpital avant l'âge auquel commence à se constituer la personnalité. En outre, les préparatifs de la fête de Noël sont une cause d'énervement dans le service des petits.

Son apprivoisement est de nouveau compromis le 17 décembre par une trachéo-bronchite, qui l'oblige à rester à l'infirmerie jusqu'au 24 janvier 1956. Durant cette période, les sédatifs habituels demeurent inopérants et ne calment pas notre doux fada.

En mars 1956, la chute pondérale et l'ascension thermique coïncident avec une accentuation des modifications graphiques pulmonaires ; cette poussée évolutive justifie le maintien des doses de l'isoniazide et le retour à l'infirmerie.

En avril 1956, les troubles du comportement continuent. L'inadaptation au service persiste. Exigeant, il réclame la jardinière d'enfants pour jouer, classer, car il a une excellente catégorisation et manifeste bruyamment sa joie, et son désespoir s'il est privé d'occupations. L'énurésie a cessé. L'alimentation est normale.

Les difficultés caractérielles sont encore une fois expliquées par le changement de service, l'évolution tuberculeuse et l'approche de la crise des trois ans, où la personnalité s'affirme en s'opposant. Il s'agirait d'une instabilité conditionnée par le changement de milieu et dans cette hypothèse, momentanée.

En mai 1956, s'installe une stomatite aphteuse fébrile, qui est traitée par 2,50 de streptomycine en huit jours, à laquelle on ajoute de la bipénicilline et de l'amide nicotinique. Les sédatifs habituels sont encore inefficaces. L'état général se relève. Les signes ganglio-pulmonaires régressent mais les troubles du comportement s'aggravent.

Sur un fond d'euphorie avec éclats de rire, des cris témoignent de ses fréquentes contrariétés. Il supplée à son expression verbale maladroite par la dramatisation des attitudes. Il s'efforce d'agir sur l'entourage par tous les moyens et le lancement d'objets hétéroclites est du style et de la signification des confetti du carnaval, un désir de contact.

Il y a suractivité intellectuelle et exaltation affective, avec une hyperprosexie qui conditionne une instabilité complète. L'alimentation en est rendue difficile. « Il mangerait s'il y pensait », nous dit la puéricultrice.

Le sommeil est souvent troublé. Il se réveille et exige impérativement un jouet. Turbulent, il est impossible à maintenir au lit pendant la cure, court partout et touche à tout, devenu brutal et inaccessible.

Les gestes demeurent précis, la préhension, la marche ne sont pas touchés. Les réflexes tendineux sont vifs. Les fonds d'œil et le liquide céphalo-rachidien sont normaux. Les autres examens complémentaires demeurent négatifs.

Devant ce tableau d'agitation croissante, la suppression de la drogue est décidée. L'enfant ne reçoit plus aucun médicament à l'exception de l'amide nicotinique. L'amélioration demande un délai de huit jours, après lesquels survient la sédation des troubles psychiques aigus. On note à ce moment la réapparition passagère de l'énurésie. Le poids est de 14 kg. 600 en juin 1956.

En résumé : cet enfant a subi un traitement associant comme cela est fréquent la streptomycine et l'isoniazide sans autre conséquence qu'une légère excitation psychique donnant lieu à des troubles discrets du comportement.

Après l'interruption de la streptomycinothérapie pendant plusieurs mois, cependant que l'isoniazidothérapie se poursuivait, un épisode aigu a provoqué la reprise de la streptomycine durant quelques jours seulement, concurremment avec l'isoniazide à la dose de 17 mg./kg.

Au décours de cet épisode, alors que l'état général s'est relevé, que l'évolution des localisations gangliopulmonaires de la tuberculose initiale se fait vers la résolution, s'installent des troubles psychiques, d'allure maniaque qui imposent l'arrêt du traitement par l'isoniazide.

Discussion : dans l'ensemble, cette observation rentre dans le cadre bien connu de l'action de l'isoniazide sur le psychisme, mais présente des particularités.

Du point de vue clinique, nous insistons sur la précession des symptômes mineurs d'excitation centrale sous la forme de troubles du caractère et du comportement d'allure banale apparus dès le début du traitement comme il est classique, mais qui prennent la signification d'un signal d'alarme dont la valeur ne doit pas être sous-estimée.

Une autre particularité tient à l'importance de l'agitation maniaque qui a imposé la suppression de la drogue bactériostatique.

Du point de vue étiologique, il semble légitime de voir dans l'action de l'isoniazide sur l'encéphale le facteur essentiel de cette manie symptômatique suivant l'expression d'Alliez et Savy.

La posologie employée est pourtant toujours demeurée dans les doses moyennes, 17 mg./kg., étudiées par Marquésy chez l'enfant ; on sait d'ailleurs que la posologie joue un rôle moins important que la prédisposition psychopathique liée au terrain.

L'anamnèse a révélé l'existence d'un facteur prédisposant également classique : les antécédents neuropsychiques personnels et héréditaires du sujet.

La fréquence de la corrélation de ces éléments de fragilité mentale avec les accidents psychiques de l'isoniazide, souligne l'intérêt de l'étude approfondie de ces antécédents, souvent difficile en milieu préventorial, si elle n'est pas systématiquement organisée.

On peut discuter le rôle respectif du terrain et des autres causes secondaires susceptibles de favoriser l'éclosion des troubles psychopathiques.

Durant le séjour du malade, aucune affection intercurrente favorisante n'a été relevée, à l'exception de la stomatite, elle-même symptomatique d'intolérance à l'isoniazide.

Il nous paraît essentiel d'envisager dans le déterminisme des accidents, l'éventuelle action de la médication associée, la streptomycine. Son utilisation, parallèle à l'isoniazide, est fréquente et nous l'avons relevée dans toutes les observations d'intolérance psychique à l'isoniazide, en particulier dans la première observation française de troubles psychotiques faite par Letailleur et Schmidt.

Leur malade, jeune tuberculeux, avait mal supporté, antérieurement, d'autres médications dont la streptomycine.

Porot, dans son étude étiologique des syndromes psychiques postopératoires chez les tuberculeux, relève entre autres, l'emploi des autres antibiotiques et notamment la streptomycine presque toujours utilisée concurremment avec l'isoniazide et la moindre fréquence des complications psychiques si on arrête l'isoniazide dix jours avant l'intervention.

Dans le cas particulier l'enfant avait très bien supporté cette association thérapeutique qui avait totalisé plusieurs grammes de streptomycine en quelques mois au début du traitement.

Après l'interruption de plusieurs mois, la streptomycine est à nouveau injectée, mais la dose totale est seulement de 2 g. 50 en huit jours.

La question de son rôle éventuel dans le déterminisme des accidents psychiques aigus se pose chez notre petit malade, chez lequel la streptomycine peut avoir eu une action sensibilisante qui aurait déclenché l'aggravation. L'hypothèse d'une réaction d'ordre allergique ne peut être écartée, ou tout autre mécanisme augmentant la sensibilité du système nerveux à l'isoniazide.

L'intérêt de l'observation demeure celui de la conduite thérapeutique

qui est dominée par l'impératif de pronostic vital en présence de la gravité de la tuberculose initiale, et conduit à poursuivre l'étude de la génèse des symptômes d'intolérance à cette indication spécifique de la tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE (dans laquelle se trouvent les autres travaux). — Alliez et Savy : Manies symptomatiques. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1954. — Delay, Bourguignon (A.), Buisson (J.) et Henne (M.) : Troubles mentaux au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par l'isoniazide. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1955. — Lesné et Baruk : *Les troubles du caractère, pathologie infantile*. 2e édition, E. Doin, Masson, 1954. — Lesné, Ragufrey, Lafay-Coletsos, Robert et Deligné : Prophylaxie mentale dans la cure préventoriale chez le jeune enfant. *Semaine des Hôpitaux. Ann. Pédiatr.*, 22 mai 1955, p. 120. — Marquézy : Posologie de l'hydrazide de l'acide isonicotinique (I.N.H.) chez l'enfant. *Presse médicale*, n° 77, 28 novembre 1953. — Porot : Isoniazide et psychisme. *Annales médico-psychologiques*, février 1954. — Valade, Postel (J.) et Danillon (P.) : Problèmes posés par l'emploi de l'isoniazide chez des psychopathes tuberculeux. *Annales médico-psychologiques*, juin 1955.

Discussion

M. Paul Abély. — On sait de mieux en mieux qu'à certaines doses, et selon chaque sujet, l'isoniazide peut déclencher des états d'excitation. On se sert même de ce produit en dehors de tout terrain tuberculeux pour traiter des états mélancoliques.

En revanche, on connaît mal les effets de l'association streptomycine et isoniazide. J'ai le souvenir d'un seul cas. Il s'agissait d'un homme adulte de 40 ans qui, longtemps traité par la streptomycine, fut mis à l'isoniazide alors que la streptomycine était supprimée. Il présenta alors un accès d'agitation maniaque assez bref mais important, qui motiva son placement dans une maison de santé.

Dans le cas présent, c'est au contraire la reprise de la streptomycine, alors que se poursuivait la cure à l'isoniazide, qui a déclenché l'état maniaque. C'est dire qu'il est impossible de conclure d'une façon quelconque. Mais il apparaît comme très utile de grouper un nombre suffisant d'observations pour aboutir à une opinion claire.

La séance est levée à 12 heures 20.

SOCIÉTÉS

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse

Séance du 23 avril 1956

SUJET : LES NÉVRITES OPTIQUES RÉTRO-BULBAIRES

Introduction à la pathogénie vasomotrice et à la chirurgie neuro-vasculaire de la névrite optique, par M. G. Lazorthes.

Dans tous les cas de névrite optique, toxique, infectieuse, ou toute autre, il existe des dérèglements vaso-moteurs dont les conséquences — congestion ou œdèmes — jouent un rôle capital dans l'évolution de la maladie. L'idée de réaliser une opération à effet vaso-moteur, est donc logique. En agissant, soit sur le sympathique cervical, soit sur les formations sympathiques voisines des fosses nasales par les opérations endo-craniennes. La sympathectomie cervicale doit être aussi large que possible et bilatérale, comprenant l'extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur et la sympathectomie péri-carotidienne interne. La difficulté de l'opération réside dans les interdépendances relatives de la physiologie vaso-motrice optico-rétinienne. L'action sur le sympathique intra-orbitaire paraîtrait préférable. Infiltration du ganglion ophtalmique.

L'auteur rappelle ensuite la possibilité des interventions extra-craniennes sur le ganglion sphéno-palatin, le système pétreux, les nerfs du système pétreux, les plexus sympathiques des sinus. Enfin, les interventions intra-craniennes : trépanation du compressif du canal optique, surtout dans les cas d'œdème, et qui peut réaliser une opération mécanique, mais également une intervention fonctionnelle par action sur le sympathique régional.

Étiologie des névrites rétro-bulbaires, par MM. L. Calmettes, Deodati Amalric et Bec.

Le terme de névrite rétro-bulbaire est incorrect mais il est consacré par l'usage et désigne un syndrome bien net. Troubles visuels constitués par un scotome central avec aspect ophtalmoscopique normal, du moins au début, indiquant l'atteinte du faisceau maculaire.

La névrite optique ainsi définie répond à plusieurs causes, et une large conception a l'avantage de ne pas préjuger à l'avance de l'étiologie multiple et s'avère souvent de recherche difficile.

Les auteurs signalent les éléments du diagnostic de la névrite rétro-bulbaire et notamment campimétrie et périmétrie, et l'importance de la collaboration des oto-neuro-ophtalmologistes pour arriver à déterminer la cause.

Les auteurs envisagent successivement les différentes étiologies des névrites rétro-bulbaires : infectieuses, générales, spécifiques, ou d'origine locorégionale sinusale. Enfin, les formes toxicogènes médicamenteuses et les formes primitives ou secondaires à des lésions vaso-motrices à distance.

Névrites optiques rétro-bulbaires au cours des névraxites et des affections dégénératives, par MM. J. Géraud et L. Gayral.

1) *Névraxite.* — La deuxième paire cranienne est un élément spécialement sensible aux affections à virus et analogues du système nerveux central.

Les auteurs étudient d'abord la névrite optique au cours de la sclérose en plaques, où elle est spécialement fréquente dans la proportion de 30 % comme symptôme initial et dans la proportion de 50 % d'atteintes du nerf optique dans l'ensemble des scléroses en plaques, qui réalisent habituellement la névrite optique, avec fluctuation évolutive. A côté de la forme rétro-bulbaire habituelle, les auteurs signalent des formes papillaires congestives et insistent surtout sur la succession des diverses formes de la névrite optique rétro-bulbaire au cours de la sclérose en plaques, ce qui fait de cette maladie un matériel de choix pour étudier et comprendre la véritable signification de la névrite rétro-bulbaire dans la pathologie générale du nerf optique.

Les auteurs étudient ensuite la neuro-myélite optique et diverses affections démyélinisantes et le cas du syndrome de Guillain-Barré. Sur 48 observations de cette dernière maladie, il existe quatre atteintes du nerf optique dont un seul de névrite rétro-bulbaire, les trois autres étant des papillites ou des atteintes secondaires par hypertension intra-cranienne.

2) *Névrite rétro-bulbaire des affections dégénératives du système nerveux.* — Les auteurs s'attachent surtout à la névrite optique dans le groupe de la maladie de Friedreich et rapportent une observation de névrite optique rétro-bulbaire sur 23 cas d'hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse.

Ensuite, étude des maladies dégénératives plus rares du système nerveux avec rappel bibliographique.

Névrite optique et craniopharyngiomes, par MM. Riser, Lazorthes, Gleizes et Garrigues.

Rapport d'un cas de névrite optique rétro-bulbaire typique et isolée, sans autre signe clinique, ni radiologique, permettant de suspecter une compression des voies optiques.

Découverte en 1951, la névrite optique rétro-bulbaire est améliorée par une trépanation sphénoïdale pendant quatre ans. Ultérieurement, syndrome d'hypertension intra-cranienne avec stase papillaire. Ablation d'un craniopharyngiome.

Les auteurs insistent sur l'importance de l'artériographie, et surtout l'encéphalographie gazeuse fractionnée dans certains cas de névrite optique rétro-bulbaire, et sur l'amélioration à la suite de la trépanation du sinus sphénoïdal, dans un cas cependant de compression, suggérant que cette

intervention, en assurant une meilleure vascularisation du nerf optique, a pu permettre son fonctionnement dans de bonnes conditions, même lorsqu'il existe une altération des plus organiques. Ce fait a une importance considérable pour le pronostic et la pathologie générale de la névrite optique rétro-bulbaire.

Névrite optique d'origine sympathique cervicale, par M. Gayral, Mlle Lavitry, M. Moron.

Parmi les nombreuses causes de névrite rétro-bulbaire, on a récemment isolé l'atteinte du système nerveux sympathique cervical postérieur, et particulièrement de ses éléments neuro-végétatifs.

Il existe des manifestations optiques de ce genre au cours du syndrome de Barré et Liéou et au cours de l'évolution des cervicarthroses.

Les auteurs rapportent l'observation d'une personne atteinte d'une importante cervicarthrose qui, au milieu des signes du syndrome classique cervical postérieur, a présenté une névrite rétro-bulbaire typique unilatérale, contemporaine d'une poussée évolutive de la maladie, sans autre cause possible.

Les auteurs envisagent les différents aspects pathologiques de ces névrites optiques à distance et l'importance des facteurs vaso-moteurs dans le déclenchement de la souffrance du nerf optique.

Variations de la pression artérielle rétinienne, au cours de la stimulation du sympathique cervical chez l'homme, par MM. Gros, Cazaban, Minvielle et Vlahovitch (Montpellier).

Les auteurs indiquent les modifications de la tension artérielle rétinienne observées à la suite de stimulations électriques du sympathique cervical (21 observations). Les stimulations ont été faites chez des malades sympathectomisés grâce à des électrodes laissées dans les structures ganglionnaires restantes. En outre, des stimulations ont porté sur la chaîne sympathique, de l'autre côté, qui était intacte. L'excitation post-opératoire du ganglion cervical supérieur entraîne un effondrement tensionnel rétinien homolatéral ; la chute tensionnelle est précoce (première minute) et peu durable. On n'observe pas de modifications de la tension artérielle cervicale rétinienne de l'œil contro-latéral à la stimulation. L'excitation du ganglion stellaire détermine une chute tensionnelle bilatérale. Ces résultats objectivent l'influence des éléments végétatifs cervicaux sur la circulation oculaire et probablement cérébrale.

L'exploration de la région opto-chiasmatique dans les névrites optiques aiguës, par MM. Lazorthes, Anduze-Acher et Espagno.

L'exploration de la région opto-chiasmatique pour névrite optique a été pratiquée chez 17 malades, l'indication opératoire ayant été l'évolution rapide, l'inefficacité des thérapeutiques médicales et, dans quelques cas, la présence d'œdème papillaire important.

Dans six cas, fond d'œil normal, névrite rétro-bulbaire isolée typique. Dans cinq cas, œdème avec stase. Dans six cas, décoloration papillaire, névrite optique déjà ancienne.

Dans cinq cas, exploration blanche. Nerfs un peu pâles, légèrement atro-

phiés, augmentés de volume dans un cas. Arachnoïdite dans les cinq autres cas. On n'a jamais observé de nerf optique œdémateux, comprimé dans le canal optique.

Dans six cas, on a pratiqué la trépanation du canal optique avec un échec, un résultat transitoire, quatre améliorations importantes.

Les auteurs discutent des indications de la trépanation du canal optique, et de la portée des diverses interventions que l'on peut faire autour d'un nerf optique, évacuation de la citerne, simple ouverture. Faut-il ou non trépaner le canal optique toutes les fois ? D'une manière générale, c'est indiqué s'il existe une papillite œdémateuse ; quant à l'opération, le nerf optique paraît à l'étroit.

Si l'ouverture du canal optique doit être discutée dans chaque cas, par contre, l'exploration de la région opto-chiasmatique s'impose plus fréquemment. Il s'agit d'une intervention bénigne et souvent suivie d'amélioration.

La sympathectomie cervico-carotidienne pour névrite-optique, par MM. Riser, Lazorthes, Géraud, Gayral, Anduze-Acher.

La première idée de la thérapeutique chirurgicale sympathique, appliquée aux affections du nerf optique appartient à Abadie et fut réalisée par Leriche vers 1917.

Des études ultérieures sur le sympathique et les nerfs vasculaires de l'extrémité céphalique ont permis l'extension de ces traitements. Il faut faire remarquer que les indications des sympathectomies péri-carotidiennes et autres peuvent être orientées bien davantage vers les affections oculaires au début, plutôt que dans les cas anciens, où les lésions sont irréversibles et insensibles aux modifications vaso-motrices que l'on recherche. Les données fondamentales ne permettent pas d'espérer un effet étendu et durable et les sympathectomies cervicales sur la circulation cérébro-rétinienne.

En ce qui concerne les bases morphologiques, il s'agit d'une circulation branchée sur plusieurs pédicules neuro-vasculaires, et l'effet d'innervation d'un pédicule ne peut être qu'héphémère s'il existe.

Cependant, des résultats favorables indiscutables ont été publiés.

Sur 24 observations de ce genre, 9 opérés par voie frontale avec trépanation du canal optique, 15 avec sympathectomie cervicale, innervation péricarotidienne, extirpation du ganglion sympathique supérieur, sympathectomie péri-carotidienne interne bilatérale en deux temps.

10 cas seulement ont été suivis avec assez de recul : 4 améliorations importantes sur 5 cas de névrite optique alcoolo-tabagique. Légère amélioration dans un cas de névrite optique spécifique. Aucun résultat dans les autres cas. On peut retenir que la sympathectomie cervico-carotidienne large possède ses meilleurs résultats dans les cas de névrite optique alcoolo-tabagique, et à condition qu'elle soit réalisée assez précocément.

Névrite optique rétro-bulbaire et compressions tumorales, par MM. Riser, Garrigues, Rascol, Saint-Marc.

Les auteurs, reprenant la question de l'étiologie de la névrite optique rétro-bulbaire, pensent que la compression du nerf optique peut réaliser ce type de névrite, et ils rapportent deux observations : d'abord, le cas d'une

chute rapide de la vision de l'œil droit avec scotome central, sans rétrécissement du champ visuel périphérique, reconnu comme une névrite rétro-bulbaire typique par les ophtalmologistes et consécutive à la compression du nerf optique droit par un noyau tumoral de métastase thyroïdienne vérifiée anatomiquement. Et un deuxième cas, celui d'un méningiome calcifié de la région épiphysaire, ayant évolué au début avec un syndrome transitoire d'hypertension intra-cranienne, puis établissement de symptomatologie de pseudo-sclérose en plaques, avec signes cérébelleux pyramidaux, syndrome de Parinaud, troubles pupillaires et ultérieurement évolution d'une symptomatologie de névrite rétro-bulbaire typique, avec scotome central absolu ; fond d'œil, normal ; vue œil droit, gauche, 2/10e ; seulement plus tard, la symptomatologie s'est complétée et la radiographie indique alors l'existence d'un méningiome de la région épiphysaire, vérifié plus tard anatomiquement. Dans ces deux cas, le syndrome de névrite rétro-bulbaire était caractéristique, en dehors de toute intoxication ou infection, réalisé par la compression d'un nerf optique dans le premier cas, par hypertension intracranienne et poussée d'œdème cérébral dans le second. Ainsi, parmi les causes de la névrite rétro-bulbaire, il faut mettre les compressions du nerf optique, d'où la nécessité, dans certains cas qui paraissent être plus fréquents qu'on ne le dit habituellement, d'examens para-cliniques spéciaux.

Résultats inexpliqués de la chirurgie O.R.L. dans les névrites optiques rétro-bulbaires, par MM. J. Calvet, J. Claux et R. Lo.

Des travaux anciens ont indiqué le retentissement des sinusites et des infections du carrefour sphéno-ethmoïdal sur la fonction du nerf optique. D'un autre côté, sans qu'aucun signe clinique ou radiologique individualise une lésion sinusale postérieure, dans certains cas de névrite rétro-bulbaire un acte opératoire dans cette région, ethmoïdo-sphénoïdotomie d'Escat, sphénoïdotomie de Ségura, opération de de Lima, a souvent permis l'amélioration de la névrite optique. Les auteurs rapportent 31 observations qui se répartissent ainsi : 3 ethmoïdites antérieures guéries et sans récidive ; un mucocèle de la cellule ethmoïdale postérieure ayant évolué sous la forme de névrite optique rétro-bulbaire typique, sans signe clinique ni radiologique. Opération de de Lima, récupération de la vision, sans récidive, 27 cas sans lésion apparente au cours de l'intervention, 7 guérisons et 20 cas d'intervention sans amélioration. Les auteurs concluent qu'une affection sinusale postérieure est exceptionnellement en cause dans la névrite optique rétro-bulbaire. Mais le chirurgien oto-rhino-laryngologiste est souvent placé devant le dilemme : opérer sans trouver de lésion ou se voir accuser par la suite d'avoir laissé s'installer une cécité soi-disant évitable.

Discussion : M. R. Escat. — Il pense que, devant l'alternative intervention en sinus sain ou abstention opératoire, trop de résultats satisfaisants et inespérés ont suivi l'intervention systématique pour qu'on choisisse de s'abstenir. L'auteur reste fidèle à la technique opératoire d'Etienne Escat.

Sur la névrite optique rétro-bulbaire : conclusions générales, par M. Riser.

Le problème pratique général est celui de la ligne de conduite que l'on peut conseiller devant une névrite rétro-bulbaire bien définie.

Un bilan ophtalmologique rigoureux, répété, est évidemment indispensable, avec mesure du scotome, du champ visuel pour les index blancs et colorés. Des examens neurologiques et généraux précis seront pratiqués avec recherche minutieuse de l'anamnèse ; c'est ainsi que des crises précédentes d'amaurose transitoire, la connaissance d'une intoxication exogène et endogène, des troubles endocriniens nets, orienteront souvent d'une manière très rapide. Même, alors, on pratiquera systématiquement une numération globulaire, un hémogramme, la recherche de l'acidité gastrique. Doivent être systématiquement étudiés : l'état dentaire, des sinus par les techniques propres aux spécialistes, la radiographie. Les modifications du liquide céphalo-rachidien, si possible par voie atlo-occipitale, peuvent être d'un gros intérêt (syphilis), méconnus (formule de sclérose multiple, hyperalbuminose isolée). Il est facile, à cette occasion, d'insuffler 30 cc. d'air et de prendre au moins un cliché de face des cornes frontales ; aucun danger, aucune algie secondaire ne sont à redouter si on prend les précautions habituelles, et des constatations essentielles peuvent être faites, d'ores et déjà : blocage de la citerne opto-chiasmatique, déplacement des cornes par un cranio-pharyngiome. L'électro-encéphalogramme est certainement utile. Pendant toute cette période d'examens en cours, il est indispensable de supprimer sel, alcool, tabac ; il est utile de donner 30 mgr. de delta-cortisone par jour pendant dix jours en même temps qu'une ampoule, 40 unités d'A.C.T.H.-retard chaque semaine. Par mesure de prudence anti-infectieuse, association classique de un million d'unités de pénicilline et 1 gr. 50 de streptomycine par jour.

Personnellement, je demeure partisan du cyanure de mercure intraveineux qui, en dehors de toute syphilis, donne parfois une régression rapide, l'amaurose. Si l'acuité visuelle, malgré ce traitement, continue à diminuer, si tous les examens n'ont pas montré une étiologie précise, infectieuse, tumorale, le problème devient plus difficile. Il nous paraît alors légitime de pratiquer une artériographie pour s'assurer de l'absence de néoformation frontale ou basale, dont on a pu constater la relative fréquence.

Si cette exploration demeure négative, si la perte de l'acuité visuelle s'accentue au-delà de 5/10e, il paraît légitime de conseiller une intervention chirurgicale : soit sur le sympathique cervical en cas de névrite alcoolo-tabagique, soit sur sur le sinus sphénoïdal, même normal à la radiographie, dans les autres cas ; il est plus difficile de poser les indications de libération du chiasma, de la citerne opto-chiasmatique ; mais, dans ces cas, on observe habituellement un syndrome qui n'est pas celui de névrite rétro-bulbaire pure, que nous avons en vue.

De toute manière, *une restriction importante demeure, au point de vue du pronostic, de l'évolution :* même si les traitements précédents ont été efficaces, même si une intervention a rapidement amélioré l'acuité visuelle, il est essentiel de ne pas considérer ces malades comme définitivement hors de danger, stabilisés. Ils doivent être suivis attentivement, sans révéler certes la menace précise qui pèse sur eux. On ne saurait trop souligner l'importance de ces observations de névraxite, de tumeur, qui débutent par une névrite rétro-bulbaire importante ; celle-ci régresse et, plusieurs mois après, la symptomatologie se complète.

L. Gayral.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger

Séance du 26 juin 1956

Présentation de malade

Une thrombose de la carotide interne. Problèmes diagnostiques et thérapeutique, par MM. Bardenat, Descuns, Garre et Pascalis.

Un homme de 50 ans est porteur d'une thrombose ancienne de la carotide interne droite, qui ne suscite d'abord pendant deux ans que des troubles non significatifs (céphalées, vertiges) et ne se trahit que par un accident grave de collapsus à la suite d'une rachicentèse exploratrice. Diagnostic artériographique. Suites dramatiques compliquées essentiellement par le collapsus, qui cédera seulement à la rétention d'électrolytes obtenue par la cortisone à fortes doses.

Guérison finale sans déficit neurologique appréciable et disparition des troubles fonctionnels.

Communications

Paralysie oculo-motrice et vaccination jennérienne, par MM. A. Larmandé et A. Margaillan.

Paralysie du moteur oculaire externe droit survenue chez une femme de 32 ans huit jours après une vaccination anti-variolique de rappel (pustule très importante). Trois vaccinations antérieures avaient été infructueuses. Récupération totale.

Obstruction choanale par ostéo-périostite spécifique de la base du crâne chez un microcéphale, par MM. J.-Ch. Giraud, P. Lebon et C. Pheline.

Un nourrisson de 4 mois est hospitalisé à la clinique oto-rhino-laryngologique avec le diagnostic d'imperforation choanale probable.

Très mauvais état général, crises convulsives fréquentes, obstruction nasale importante incomplète. Périmètre céphalique de 33 cm. au lieu de 44. Fontanelles complètement ossifiées.

Production hyperostosante prédominant sur les étages moyen et antérieur de la base du crâne (2 cm. 5 d'épaisseur), ostéo-périostite généralisée. Pas de signe d'H.I.C. ; à l'électro-encéphalogramme, petits signes de souffrance basilaire.

Le diagnostic d'ostéo-périostite syphilitique généralisée est confirmé par les réactions humorales, fortement positives chez l'enfant et la mère. Il s'agit donc d'une obstruction choanale par production osseuse envahissante, engendrée par la maladie syphilitique.

Encéphalite à forme hémiplégique après vaccination jennérienne chez un homme de 69 ans, par MM. A.-G. Manceaux, J. Sutter, Y. Pelicier et G. Pascalis.

Les auteurs rapportent un cas d'hémiplégie apparue vingt-cinq jours après une vaccination anti-variolique chez un homme de 69 ans, athéroscléreux, ayant présenté dans le jeune âge une encéphalite avec paralysie oculaire séquelle. Ils soulignent, en accord avec les conclusions de Lamache, Bourel et collaborateurs, le danger des vaccinations chez les sujets présentant une athérosclérose cérébrale. Chez leur malade, l'accident neurologique s'est complété d'un syndrome psychique déficitaire de pronostic sombre. Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'existence de tares neurologiques préalables doit faire redouter l'encéphalite post-vaccinale.

Problèmes diagnostiques posés par un cas de malformation de la charnière occipito-atloïdienne, par MM. P. Descuns, H. Garre et G. Pascalis.

Les auteurs rapportent un cas de malformation de la charnière occipito-atloïdienne, caractérisé cliniquement par une séméiologie cérébello-vestibulaire, et anatomiquement par une occipitalisation de l'arc droit de l'atlas et du corps de l'axis, une énarthrose condylo-trochléenne entre deuxième et troisième cervicale, et une impression basilaire.

Plaie de l'orbite avec hémiplégie homolatérale chez un escrimeur, par A. Larmandé, P. Descuns et A. Margaillan.

Plaie de la région caronculaire droite avec hémiplégie droite. L'intervention neuro-chirurgicale révèle la présence d'un volumineux hématome intra-cérébral fronto-temporal gauche. Suites opératoires favorables.

Intérêt de l'encéphalographie gazeuse fractionnée dans les tumeurs hypophysaires, par MM. P. Descuns, H. Garre et G. Pascalis.

Quelques observations commentées et illustrées montrent :

1) que la symptomatologie des adénomes hypophysaires n'est pas toujours schématique, et en particulier que le syndrome chiasmatique n'est pas toujours typique.

Beaucoup de malades sont vus en Afrique du Nord, alors qu'ils sont pratiquement aveugles, et avec le diagnostic de névrite rétro-bulbaire.

L'encéphalographie gazeuse fractionnée permet de visualiser la tumeur et de rectifier le diagnostic.

Dans deux cas, la baisse de l'acuité visuelle fut très brutale .

2) à l'opposé, il est des cas où la symptomatologie est pure, mais où l'indication opératoire se discute. L'encéphalographie gazeuse fractionnée permet d'apprécier le degré d'extension extra-sellaire de l'adénome, et de guider la thérapeutique.

Cénestopathie grave provoquée par une luxation d'une vertèbre cervicale, et guérie par manipulation vertébrale, par MM. A.-G. Manceaux, Y. Pélicier, R. Beltran et B. Blasselle.

Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de grande cénestopathie encéphalique, avec vertiges, céphalées, troubles du caractère, préoccupations hypocondriaques prédominantes chez une jeune femme de 33 ans, durant depuis sept ans. A l'exception de quelques accalmies pendant des grossesses, ces troubles n'étaient guère influencés par la thérapeutique. La découverte d'une luxation modérée au niveau des quatrième et cinquième vertèbres cervicales amena la guérison à la suite de manipulation vertébrale. Les auteurs rapprochent cette observation des cas analogues décrits au cours des syndromes de Barré-Liéou. Ils admettent la possibilité de phénomènes vasculaires réflexes au niveau des noyaux vestibulaires, suivant la conception de Mayoux. Quelle que soit son ancienneté, toute cénestopathie implique une enquête complète du point de vue somatique.

Association d'un syndrome de Trotter et d'un syndrome de Guillain et Garcin au cours d'un épithélioma du cavum, par Mlles G. Coulliaud-Maisonneuve et M.-L. Mondzain.

Un cas de tumeur du cavum est rapporté, avec extension à la base du crâne, entraînant des paralysies multiples dont le groupement a permis de reconstituer à droite un syndrome de Guillain et Garcin, et à gauche un syndrome de Trotter incomplet.

Hydrome sous-dural toléré pendant douze ans, par MM. P Descuns, H. Garre et G. Pascalis.

Observation d'hydrome sous-dural consécutif à un traumatisme cranien datant de douze ans, et s'étant manifesté cliniquement par une comitialité tardive.

Traitement médico-chirurgical de cet hydrome, qui s'accompagnait d'un collapsus cérébral difficilement réductible. Guérison. Les auteurs signalent la rareté relative de cette lésion, sa latence.

Cette observation n'est qu'une illustration de plus de la nécessité absolue de pratiquer des examens complémentaires en présence de toute épilepsie tardive.

Migraine ophtalmoplégique et anévrisme de la communicante antérieure. Oblitération du sac anévrismal après artériographie, par Mlle Coulliaud-Maisonneuve, MM. Timsit, C. Phéline et Giudici.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 30 juin 1956

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

Considérations sur les cures de sommeil potentialisées et les cures narcoleptiques, par MM. P. Divry, J. Bobon et J. Collard.

Les auteurs distinguent trois types de cure de sommeil : la cure *simple* (qu'ils n'utilisent plus que dans l'épilepsie), la cure *neuroleptique* au largactil, intéressante surtout chez les maniaques, les organiques, certains schizophrènes, et la cure *potentialisée*, dérivée de la cure simple, indiquée surtout dans les névroses et les psychonévroses. Elle nécessite une surveillance attentive et une hydratation intensive du malade. L'association de chocs insuliniques ou électriques reste parfois nécessaire, mais elle peut être évitée dans plus de la moitié des cas. L'expérience des auteurs est basée sur l'étude de 353 cas. Ils retracent l'historique de la question et interprètent l'action de la cure de sommeil à la lumière des théories jacksoniennes.

Modes d'échec et attitudes devant l'échec aux cubes de Kohs chez certains malades délirants, par M. H. Colon.

L'auteur analyse les divers modes de réaction de certains malades à la couleur et à la forme ; il pense que l'épreuve des cubes fait resurgir une attitude primitive de confiance que l'échec transformerait en méfiance puis en délire.

Considérations sur le traitement de 50 schizophrènes chroniques par de hautes doses de réserpine, par M. E. Meurice.

L'auteur administre des doses progressives qui, en huit jours, atteignent 8 mgr. par jour. Cette dose est maintenue pendant trois semaines, puis décroît pour revenir à 2 mgr. après deux mois. Les résultats les meilleurs ont été obtenus dans la forme paranoïde, où les hallucinations et les impulsions diminuent sensiblement. Une fiche détaillée relate pour chaque malade l'influence du traitement sur les différents symptômes.

J. Ley.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séances des 28 avril et 30 juin 1956

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

Ces séances ont été consacrées à l'étude des dysembryomes du système nerveux. Les divers orateurs ont rapporté et discuté, en les illustrant de nombreux documents radiographiques et histologiques, des cas très variés dont il n'est guère possible de donner des comptes rendus succincts. Nous nous bornerons à citer brièvement les sujets traités.

Le cholestéatome de l'oreille, par M. G. LEPAGE (de Liége).

Exposé historique et revue générale ; symptomatologie des cholestéatomes vrais ou primitifs et des pseudo-cholestéatomes secondaires aux suppurations.

Réflexions sur le cholestéatome en otologie, par M. P. HENNEBERT.

Discussion des théories pathogéniques et du diagnostic différentiel entre le cholestéatome des otologistes et les dysembryomes.

Quelques cas de cholestéatomes perlès et d'autres dysembryomes du système nerveux central, par MM. J. BRIHAYE, J. MAGE et P. MARTIN (de Bruxelles).

Présentation de quatre cas opérés à localisation frontale, ponto-cérébelleuse, et de la fosse cérébrale moyenne. Discussion de la symptomatologie et de la classification de ces tumeurs.

A propos de quelques cas de dysembryomes au niveau du système nerveux central, par MM. G. DESOIGNIES, BOOZ et S. THIRY (de Liége).

La relation de deux cas observés chez des enfants permettent aux orateurs d'insister sur les différences entre les tératomes vrais et les tumeurs épidermoïdes.

Cholestéatome perlé de la région fronto-orbitaire, par MM. J. François L. Ectors et G. Verriest (de Gand).

Les auteurs distinguent quatre groupes de cholestéatomes et montrent les particularités de leur localisation et de leur fréquence, notamment d'après le sexe.

Cholestéatomes perlés intracraniens (région opto-chiasmatique et angle ponto-cérébelleux), par MM. J. François, G. Hoffmann, H. Van der Eecken et G. Verriest (de Gand).

Relation et discussion de deux cas observés chez un jeune homme de 17 ans porteur d'un cholestéatome supra-sellaire et chez un homme de 47 ans atteint au niveau de l'angle.

Réflexions à propos de deux cas de tumeur épiphysaire (tératomes), par M. Deward (de Liége).

Rappel historique et discussion de la classification des tumeurs épiphysaires ; ressemblance entre les pinéalomes et les séminomes ; relation de deux cas : un pinéalome typique et un tératome atypique.

Contribution à l'étude des tératomes, par MM. L. Ectors et J. Hozay (de Bruxelles).

Les auteurs discutent le problème de l'unité ou de la qualité des kystes épidermoïdes à la lumière de l'étude détaillée de treize cas à localisation extracranienne (un cas), extradurale (cinq cas), intradurale (six cas) et intraparenchymateuse (un cas intramédullaire).

Compressions cérébrales par tumeurs et kystes congénitaux, par MM. P. van Gehuchten, A. Dereymaeker et R. van den Berghe (de Louvain).

Sur 18 cas de cholestéatomes, les auteurs retiennent 10 cas intracraniens, dont ils exposent la symptomatologie et discutent la classification.

Revue des thèses pathogéniques sur les dysembryomes, par M. Locoge, (de Bruxelles).

Après un rappel des théories anciennes sur l'origine endothéliale ou vasculaire de ces formations, l'orateur expose la théorie embryologique de l'origine des tumeurs dermo-épidermoïdes. Il montre que, si les théories mécanicistes doivent être abandonnées, il n'existe cependant pas à l'heure actuelle de théorie cohérente pour expliquer la formation de ces tumeurs et notamment leur latence.

J. Ley.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

LIV^e session (Bordeaux, 30 août-4 septembre 1956)

Présidence : M. le Médecin Général HESNARD (de Toulon)

Bordeaux accueillit le Congrès sous un ciel clément et, durant toute la session, il n'y eut que quelques brèves ondées.

Ce Congrès fut particulièrement remarquable par le nombre considérable de ses participants (plus de 350 délégués, dont treize de Pays étrangers), par sa tenue et par sa réussite.

La séance inaugurale eut lieu au grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine en présence du Doyen SIGALAS, de M. PLETTENER, secrétaire général de la Préfecture, de M. BÉNAIS, adjoint au Maire de Bordeaux.

Après les allocutions du Doyen SIGALAS, de M. PLETTENER et des délégués étrangers : le Docteur SOLMS pour l'Autriche, le Professeur DE CRAENE pour la Belgique, le Docteur LAURIN pour le Canada, le Docteur DENBER pour les U.S.A., le Docteur KOURETAS pour la Grèce, le Professeur FIAMBERTI pour l'Italie, le Docteur MISCHO pour le Luxembourg, le Docteur SMET pour les Pays-Bas, le Docteur REPOND pour la Suisse, et le Docteur ISHAN SUKRU AKSEL pour la Turquie, le Docteur HESNARD prononça son discours inaugural dont voici le bref résumé :

DISCOURS INAUGURAL

Progrès neurologiques et psychiatriques sur « Le Monde Perçu », par le Médecin Général HESNARD, président

Ce discours inaugural particulièrement remarquable, qui tint l'auditoire sous son charme pendant de longs moments, fut l'abord consacré à l'évocation de quatre grands Maîtres bordelais : MM. PITRES, RÉGIS, VERGER et ABADIE.

Puis, entrant dans le vif du sujet, le Docteur HESNARD en fit un minutieux et brillant exposé, qu'il est difficile de résumer en quelques lignes, aussi est-il préférable d'en citer quelques passages.

« Le monde naturel, dit monde perçu, offre un intérêt considérable pour le neuropsychiatre. C'est en lui que nous retrouvons la spatialité naturelle du corps, sa temporalité, la permanence du vécu qui fait chez chacun de nous son histoire. Il intéresse le neurologiste et le psychiatre par de nombreux aspects essentiels de l'être humain, spécialement par la révélation qu'il nous donne de la signification de réalité convaincante, quoique subjective, dans certaines affections neuropsychiques fréquentes et graves, comme les délires, jusqu'ici incomplètement compréhensibles dans le monde objectif. »

« Nous devons affirmer qu'il est faux que la destinée humaine soit orientée par un prétendu instinct primaire de destruction ou de mort. Si, au cours de nos études, nous constatons que l'agressivité est encore une réaction habituelle des hommes d'aujourd'hui, nous comprenons aussi qu'elle ne se développe que dans l'échec des conduites primordiales d'identification réciproque. Conduites normales qui préfigurent l'interpénétration des consciences et la communion interhumaine. Et l'agressivité étant un échec, il paraît impensable que notre civilisation, grandiosement scientifique, aboutisse à un échec!

« C'est à nous, médecins, neurologistes et psychiatres, qu'il revient de proclamer que tout, dans l'homme, démontre, aux yeux qui savent voir, la réalité primordiale de la coexistence interhumaine, et sa consolante fatalité. »

*
**

Le travail scientifique fut particulièrement abondant et varié.

Des brillantes réceptions furent offertes aux congressistes.

Le jeudi matin 30 août au Palais de Rohan par la Municipalité.

Le soir de ce même jour, une réception fut offerte dans les Salons de l'Hôtel Splendid par les Maisons de santé de Castel-d'Andorte et de Béthanie.

Le vendredi, à 18 heures, le Congrès fut reçu par la Chambre de Commerce dans les splendides Salons de l'Hôtel de la Bourse.

Le samedi 1er septembre, à 13 heures, au Château des Ducs d'Epernon, nous étions réunis dans un prestigieux déjeuner offert par les Hôpitaux psychiatriques de Cadillac-sur-Garonne et de Château-Picon.

Le dimanche soir 2 septembre, à 21 heures, le Congrès se retrouva dans le foyer du grand Théâtre de Bordeaux pour une soirée de musique de chambre, dont le programme et l'exécution se situent au-dessus de tout éloge.

Le lundi 3 septembre vit une bien cordiale réception à l'Ecole de Santé Navale.

Enfin, ce même lundi 3 septembre, la soirée du Congrès se déroula dans les fastes d'un groupe folklorique « Antillais » à la salle Franklin.

Le mardi 4 septembre, le Congrès se terminait par une expédition maritime à Arcachon.

Des éloges ne sont plus à faire, parce que trop stéréotypés, à l'égard des Docteurs Cossa et Charon, inégalables secrétaire général et trésorier du Congrès.

Aujourd'hui ils doivent être adressés aux deux secrétaires annuels, les Docteurs Bargues et Donnadieu, dont les magnifiques efforts furent splendidement couronnés de succès.

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les tests de personnalité en psychiatrie,
par le professeur agrégé Pierre Pichot (Paris)

Après un rappel historique des deux origines de ces tests, l'auteur expose les problèmes généraux : problèmes concernant les tests eux-mêmes, problèmes concernant les applications des tests en psychiatrie.

Dans une troisième partie, M. Pichot aborde les problèmes particuliers, et en particulier ceux des questionnaires. Il consacre une étude particulièrement poussée aux tests objectifs. Il en montre la variété, les avantages et les inconvénients. Il montre ensuite la contribution des tests de personnalité au diagnostic et à l'orientation thérapeutique.

Au terme de son exposé, il aboutit à des conclusions prudentes : l'emploi des tests de personnalité en psychiatrie est important, mais il doit être soumis à toute une série de conditions primordiales, en particulier à celle de leur étalonnage.

Discussion du rapport de psychiatrie

M. H. Aubin (de Pierrefeu). — L'examen psychologique, et en particulier les épreuves de projection, peuvent créer un contact positif profond entre l'examinateur et le sujet. La brusque rupture entre eux peut créer chez le second un traumatisme psychique qui gênera le travail psychothérapique ultérieur. D'où l'intérêt de prévoir une continuité entre observation et cure.

Modalités du processus projectif dans le dessin du personnage. — Illustration, par le test de Machover, des processus auto-projectifs avec image fidèle de la personnalité et des processus contraires de compensation.

M. R. Péchoux (Armée). — L'orateur estime difficile de définir les inconvénients des tests de projection. L'élément de comparaison se trouve et se définit malaisément. Le mot « test » qui suggère « chiffre » est trompeur en matière d'épreuves de projection. Il faut considérer que nous sommes au début de leur étude, savoir qu'on peut leur demander beaucoup sans pouvoir au départ exiger tel ou tel renseignement. Souvent, ces techniques atteignent une zone imprévue au départ ; elles frappent où elles veulent, il appartient au psychiatre de recueillir, de discuter, d'apprécier leurs informations. Le psychiatre doit se placer à la tête des chercheurs qui œuvrent dans ce domaine. Son action peut écarter bien des erreurs trop souvent

reprochées à certains techniciens, qui vont trop loin dans des interprétations osées ou maladroites. Tous ceux qui emploient ces épreuves n'oublieront pas que l'individu examiné, malade ou non, se présente avec tout ce qui compose sa personnalité : sa constitution, son passé, sa famille, son groupe social, son niveau intellectuel, sa culture. Il n'est presque pas exagéré d'affirmer qu'il ne vient pas seul, mais apparaît comme une émanation d'un milieu. Souvent, l'épreuve de projection pose plus de problèmes qu'elle n'en résout, mais un problème posé n'est-il pas déjà un pas en avant ?

M. Tosquelles (de Saint-Alban). — Le mot personnalité est trop synthétique, trop imprécis pour qu'il puisse avoir, sauf quelques exceptions, aucune utilité clinique. Ce qui importe est de savoir dans chaque test ce qu'on cherche et ce que l'on trouve. Souvent, on ne peut le saisir que sur-le-champ, avec une attitude clinique et une pensée physiologique. Les tests sont le marteau à réflexes du psychiatre.

M. Lafon (de Montpellier).

M. Solms (de Vienne).

Communications sur le sujet du rapport de psychiatrie

De la valeur des résultats en graphologie,
par M. André Adnès (du Mans)

Les résultats obtenus en graphologie doivent être interprétés avec prudence, compte tenu du fait qu'elle est un test projectif très spécial dont les règles d'interprétation sont souvent connues des intéressés eux-mêmes et que l'écriture peut être volontairement plus ou moins modifiée dans l'adolescence ou à l'âge adulte.

Dans les maladies de l'encéphale, la graphologie ne fournit que des résultats qui confirment ceux donnés par la clinique neurologique. Dans les maladies mentales sans symptomatologie neurologique, elle ne fait connaître que les éléments subsistants de la personnalité, telle qu'elle était antérieurement à l'atteinte psychopathique. Dans les états névrotiques, par contre, la graphologie donne, en raccourci, du psychisme, une image d'une intensité d'expression aiguë, mais ce sont presque seulement les difficultés du sujet en face de lui-même, au plus avec son entourage immédiat, qui sont ainsi saisies sur le vif ; tout le dynamisme compensateur et créateur que le sujet ne puise pas toujours, mais peut puiser dans son état névrotique même, n'est pas ou très peu visible.

Dans ces limites, la graphologie peut rendre en psychiatrie des services. Il va de soi que, comme les autres tests de personnalité, elle ne devra jamais être employée seule, et que ses résultats seront interprétés en fonction de la clinique à laquelle elle restera subordonnée.

Les tests de personnalité en médecine légale,
par M. Alexander (de Bruxelles)

Il faut se méfier, dans l'application des tests de personnalité, de la tendance qui amène de nombreuses personnes à se contenter d'une notion

abstraite et superficielle. En médecine légale, les tests de projection et les autres moyens d'analyse de la personnalité ne peuvent servir, ni à établir la culpabilité, ni à doser la responsabilité. Par contre, ils sont utiles pour orienter le traitement des délinquants, et en cela peuvent être demandés par les juges. Il faut, en décrivant une personnalité, signaler surtout les éléments pouvant conduire à des mesures concrètes.

Essai d'utilisation du test du village chez un groupe de schizophrènes, par M. R. Bargues, Mlle Guiot, MM. F. Dutertre et Yvonneau (de Talence)

Ce test de personnalité, introduit par Arthus (1949) et Mabille (1950), a été essayé par les auteurs sur un groupe de schizophrènes (dans l'acception bleulérienne du terme).

Il est praticable avec un matériel réduit, mais spécial. Il s'agit, pour le sujet, de construire très librement la maquette d'un quelconque village. Un exemple typique est détaillé.

Enfin, sans se dissimuler les imperfections de leur travail, les auteurs donnent « certaines caractéristiques des villages schizophrènes » : structures géométriques simples, et tendance à la symétrie et au bourrage ; villages sans organisation efficace ; symboles affectifs « ruinés » (tour, arbres...).

Enfin, ils notent que ce test est pratiquement indépendant des thérapeutiques simultanément reçues par le sujet.

Les tests de dessin en psychiatrie infantile,
par M. Bouvet (d'Annecy)

1° Bases génétiques de l'interprétation.

2° Le symbolisme de la couleur.

L'étude des dessins libres et des dessins et peintures sur un thème imposé avec un matériel standardisé (formats du papier, nombre de couleurs) a permis de préciser la valeur des interprétations classiques sur le symbolisme du graphisme.

Le dessin doit être étudié en fonction du niveau de développement psychobiologique de l'enfant, et des facteurs culturels et sociaux qui président à son évolution. Selon l'âge du sujet, certains traits du graphisme n'ont qu'une valeur d'indices de niveau, car ils sont habituels à cet âge ; d'autres, au contraire, prennent une signification caractérologique, car ils appartiennent à un stade antérieur du développement ou présentent des altérations pathologiques.

Le choix des couleurs et le nombre des couleurs choisies peuvent également avoir une signification caractérologique ; leurs études systématiques permettent d'établir un « syndrome de normalité » qui varie avec l'âge et le sexe.

De nombreuses applications pédagogiques et thérapeutiques peuvent être tirées de l'étude du graphisme et de la couleur.

Intérêt du test de Woodworth dans l'étude des relégués en voie de réadaptation sociale, par MM. A. Charlin et P. Moreau.

Après avoir schématisé le fonctionnement médico-social du centre de réadaptation des relégués de Besançon en vue de leur reclassement social, les

auteurs étudient comparativement les résultats du pronostic clinique et des éléments apportés par le test de Woodworth dans les différentes catégories : sujets libérés conditionnellement, sujets réintégrés, sujets non admis en liberté conditionnelle, et montrent que, d'une façon générale, l'étude clinique serre toujours de plus près la réalité et permet un pronostic beaucoup plus précis que le test de Woodworth. Il serait utile de développer dans de tels centres les études psychologiques par les tests.

Discordance dans les données de différents tests de niveau mental entre les tests verbaux et les tests de performance chez un enfant ayant subi une intervention neuro-chirurgicale pour hydrocéphalie, par MM. A. Crémieux, M.-F. Luxembourg, B. Cohier et Mme Porot (de Marseille).

Les auteurs rapportent l'histoire d'un garçon de 7 ans 8 mois chez lequel l'examen psycho-technique montra une double discordance, d'une part entre les tests verbaux et les tests de performance, d'autre part entre certains tests de performance entre eux. Et ils font remarquer que l'appréciation de la structure d'une intelligence doit être nuancée, et ne doit pas se laisser illusionner, en particulier par les tests de la mémoire, dont l'hypertrophie encyclopédique ne saurait être confondue avec le jugement, pierre de touche de l'intelligence.

Le T.A.T. en milieu magrhébien. Sociologie de la perception et de l'imagination, par M. le Dr Fanon et F. Geronimi C. (Blida-Joinville)

L'application du T.A.T. standard en milieu magrhébin se révèle absolument inadéquate. La perception est pointilliste, inarticulée, morcelée. Il n'y a pas d'organisation perceptive. En l'absence de tout réel structuré, la conscience n'arrive pas à s'irréaliser dans le cadre d'une vie imaginaire.

La critique de cette tentative débouche sur la nécessité de tests animés pour des dynamismes culturels homogènes aux instances psycho-affectives interrogées.

Le test de frustration de Rosenweig (P.F. test) et le Questionnaire Cornell index (Q.C.I. f. 2) en pratique psychiatrique, par MM. C. Grousset, P. Picard, P. Pasquet et R. Quéro, médecins de la marine. (Elaboration statistique par la section « Etudes et recherches C.E.M.P.N., Toulon » : Charles Kramer, conseiller d'orientation professionnelle).

Comparaison statistique des résultats au questionnaire Cornell index (forme révisée) et au P.F. test de Rosenweig de deux populations militaires : 300 sujets normaux et 326 individus atteints de troubles psychiques (psychotiques, névrotiques, éthyliques). Exposé des différences significatives entre les scores observés pour chacune de ces populations. Discussion sur la nature des informations spécifiques fournies par ces deux tests et sur la valeur de leur apport dans l'appréciation de chaque cas individuel, pour le plus grand bénéfice de l'examen clinique.

Qualité de la relation interhumaine au cours de l'investigation psychologique par la méthode des tests, par M. le Dr P. Parrot (Bordeaux)

L'auteur analyse le type particulier de rencontre du psychologue et du sujet.

Le testé se sent en situation d'infériorité et souffre parfois d'une véritable angoisse de dévalorisation créant des réactions agressives de compensation. Mais, face à son examinateur, le sujet a tendance à l'assimiler à un devin et ses techniques se trouvent revêtues d'une sorte de pouvoir magique.

Le psychologue, pour sa part, doit se mettre en garde contre le désir de dominer l'autre, Mais son attitude est délicate, il doit obtenir les meilleurs résultats possibles et cependant se refuser toute démagogie ou séduction.

Après avoir insisté sur le problème de la difficulté d'interpréter les résultats obtenus, l'auteur remarque que, dans toutes investigations psychologiques, il y aura quelque chose qui échappe, on note les « produits » du sujet sans pour autant remonter à l'acte producteur lui-même dans lequel réside l'essentiel de la personne.

« Le grand danger, pour le psychologue testeur, c'est de travailler sur du figé, de l'inerte, et de croire qu'à travers cela il saisit la personnalité du sujet. »

Évolution du Rorschach au cours du syndrome dépressif,
par R. Péchoux, V. Girard et Mlle Le Mée (Armée)

Le but des auteurs n'est pas de rechercher un groupement de symptômes plus ou moins caractéristique, mais d'étudier le devenir du protocole des malades, d'apprécier les différences entre le test du début de la maladie et le retest à la convalescence. Ils soulignent toutefois neuf signes qui reviennent avec une assez grande fréquence chez le malade au début : nombre de réponses peu élevé, fréquence des refus des interprétations d'espaces blancs (Dbl) et des nominations de couleurs (Cn), rareté des kinesthésies aussi bien humaines (K) qu'animales (Kan), petit nombre des interprétations homme (H), type de résonance intime coartitif, grande abondance des retournements préalables de planches. Le parallèle entre le test et le retest précise l'augmentation du nombre des réponses (souvent doublé), la disparition des refus, la forte diminution des Cn, la diminution des retournements de planche (baisse de 30 à 50 %), l'évolution légère du type de résonance, surtout vers l'introversion, le plus de précision du vocabulaire. Ces observations permettent de préciser des repères au cours de la maladie, d'aider ainsi au traitement et au pronostic.

Les incertitudes du Rorschach dans la schizophrénie,
par R. Péchoux, P. Davidou, H. Escafit et Mlle Le Mée (Armée)

L'étude d'une soixantaine de malades mène les auteurs à étudier les symptômes apportés par le Rorschach dans la schizophrénie. Aucun syndrome révélateur ne leur apparaît mais ils retrouvent, avec une certaine fréquence, quelques signes déjà relevés : refus, succession relâchée, bizarreries, labilité, symbolisme et aspect détérioré des couleurs, détails rares fréquents, vocabulaire défini par Minkowska, mais des réponses réputées spécifiques sont rares. G contaminés, masques, naissances, morts — ou totalement absentes — nombres, positions. Ils insistent sur l'aspect des kinesthésies :

rareté des kinesthésies humaines, fréquence des kinesthésies humaines réprimées, absence des mouvements explosifs. Ils montrent l'accroissement de la stéréotypie, évidente plus encore si, à côté de l'indice de stéréotypie (A %) classique, il est calculé un indice secondaire de stéréotypie qui groupe surtout des réponses sang et géographie et atteint chez ces malades un taux élevé. Mais encore, ils attirent l'attention sur le comportement au cours de l'épreuve et sur l'absence de retournement spontané et préalable des planches, petit signe qui peut toutefois aider à un diagnostic différentiel.

Rorschach et puberté, comparaison de groupes homogènes,
par R. Péchoux et G. Tocheport (Armée)

Il convient, dans l'étude du Rorschach chez l'enfant, d'observer une certaine rigueur. Depuis quelques années, un effort est tenté dans ce sens chez les auteurs de langue française (Loosli, Usteri, Goosens, Kohler, Escafit, Gilbert, Lemercier, Estel, Flandrois, Defayolle). Ici sont choisis deux groupes, homogènes par leur origine sociale, leurs études secondaires, leur vie en internat, leur quotient intellectuel, et différents par l'âge : 88 jeunes de 10 ans 3 mois à 12,3, 100 grands de 14,3 à 16,3. Les épreuves statistiques de signification montrent chez les « grands » augmentation du nombre des réponses, des G combinatoires, des Dd et détails rares, des kinesthésies humaines, des variétés de contenus, stabilité du nombre des banalités, évolution du rapport de sexualité (S1 défini par Péchoux et Defayolle) de la zone d'indifférence vers celle des intérêts hétéro-sexuels, accentuation de la tendance introversive. Sont mis en parallèle deux groupes également homogènes : d'âges équivalents, constitués de Nord-Africains musulmans, poursuivant des études secondaires en internat, n'ayant jamais quitté l'Algérie. Les constatations sont les mêmes sauf en ce qui concerne les Dd, plus fréquents chez le « jeune » musulman (peut-être parce qu'ils ont quitté depuis peu le milieu ancestral) et les Kan, plus nombreux chez les « grands » musulmans (persistance infantile ? retard de maturation psychique ?). Les « banalités » ouvrent chez les musulmans un problème, 5 chez les « jeunes », 16 chez les « grands » ; une explication en est proposée ; quoique homogènes, les « jeunes » musulmans étudiés sont divers (arabophones, berbérophones..., montagnards ou non..., culture inégale..., origines sociales diverses...) et trois ans d'internat commun créent un milieu nouveau où les diversités s'effacent et dont le Rorschach est un reflet. Le Rorschach permet ainsi d'importantes investigations psycho-sociologiques.

Le test de frustration de Rosenzweig (P.F. test) en pathologie mentale,
par P. Picard, C. Grousset et P. Pasquet, médecins de la marine (de Toulon)

Les auteurs comparent les moyennes de résultats obtenus par l'application du test de frustration de Rosenzweig à une population de militaires normaux et à une population de malades mentaux, composée de psychosés, de névrosés et d'éthyliques.

Comparaison statistique des moyennes pour chaque facteur et chaque critère des quatre populations intéressées.

Le P.F. test de Rosenzweig, s'il ne permet pas seul une information diagnostique précise, exprime cependant, de façon générale, un des aspects caractériels ou nœtiques de l'affection.

Le Congo. T.A.T. chez les noirs d'Afrique,
par L. Planques, Mlle J. Blanc-Garin et H. Collomb (de Marseille)

Les auteurs étudient, sur une population de noirs africains vivant depuis quelques années en milieu européen, une adaptation du T.A.T. faite par Ombrédane.

Ils essaient de voir en quels termes se posent quelques problèmes particuliers à ce groupe, et envisagent l'utilisation des données de ce test en psycho-pathologie.

L'inventaire de personnalité de Bernreuter : son utilité pour l'appréciation de certains traits de caractère dans une collectivité militaire, par MM. R. Quéro, P. Perrouty et P. Coste (Marine).

A propos de l'application de l'inventaire de personnalité de Bernreuter à 134 élèves sous-officiers d'une école de la marine, les auteurs exposent les difficultés de validation de ce test en fonction des appréciations de l'officier-instructeur et donnent la préférence à un critère plus objectif quoique moins nuancé : la réussite ou l'échec à l'école.

Une analyse statistique des résultats montre que l'échantillon de population des élèves éliminés diffère de façon significative de l'échantillon global sous le seul aspect du score au trait « domination-soumission » (le pôle « soumission » étant défavorable).

Les auteurs insistent sur la nécessité de replacer les données de questionnaires de ce genre dans le contexte clinique.

L'utilisation de quelques tests de personnalité dans la sélection en milieu militaire pour le dépistage des anomalies psychiques, par MM. R. Quéro, R.-J. Caillé et P. Micheau (Marine).

Les auteurs indiquent qu'après expérience de dix années d'application collective de certaines épreuves (Rorschach « collectif », T.A.T. de Murray), ils considèrent ces tests comme étant davantage des instruments complémentaires d'investigation des personnalités anormales que des moyens de détection « à priori » des sujets suspects d'une collectivité. C'est pourquoi le Rorschach doit n'être utilisé que sous sa forme individuelle.

Par contre, les questionnaires ou inventaires de personnalité (en particulier le Cornell index sous une forme quelque peu révisée) semblent constituer d'excellents moyens de dépistage des sujets psychiquement suspects et doivent être utilisés dans ce but, de préférence, aux épreuves dérivées des techniques projectives.

Quelques expériences avec le test de Lüscher en psychiatrie,
par M. Riggenbach (de Neuchâtel)

L'auteur présente un test de personnalité qui est basé sur un choix de couleurs et créé par un psychologue suisse, Max Lüscher. Ce test a déjà fait ses preuves dans le domaine de la caractérologie et on commence à s'en servir dans la psychologie appliquée.

« Les couleurs et les diagnostics de la personnalité », livre publié par le psychiatre Furrer, s'occupe des possibilités de ce test dans le domaine

psychiatrique. L'auteur expose ce livre à ses propres expériences chez les cas de névrose et psychose.

Nous ne possédons pas encore de principes généraux permettant la détection de troubles mentaux définis, ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'application et la vérification du test dans le domaine psychiatrique n'en sont qu'à leur début.

Il semble toutefois que le test qui ne vise que la vie affective et instinctive permettra un jour de dégager certains côtés de la personnalité du malade. Le test est rapide, simple, et a sans doute des avantages pratiques incontestables.

Contribution à l'étude du test de dessin du corps humain, test de Machover, par MM. Riser, L. Gayral, Mlle R. Velut, M.-J. Carrié (Toulouse)

Les auteurs rapportent leur expérience de la pratique du test de dessin du corps humain, d'après la technique d'interprétation définie par le travail initial de K. Machover. Ces conditions leur paraissent essentielles pour donner à un test de personnalité de type épreuve de dessin, le maximum de validité.

Le test de K. Machover est une épreuve intéressante par la simplicité du matériel mis en œuvre, la rapidité de la passation et la commodité de l'application à tous les âges, depuis la pré-puberté.

Ce travail porte essentiellement sur des adultes et des adolescents. Les auteurs indiquent qu'il est important de tenir compte des conditions et du climat de la passation, sans cependant les considérer comme absolument inséparables du résultat formel. Ils décrivent les traits les plus significatifs du dessin du corps humain d'après la technique de Machover et établissent certaines comparaisons avec les tests de personnalité du type questionnaire (M.M.P.I.).

Les auteurs pensent que le test de Machover est un test valide dans le sens où ce terme peut être entendu lorsqu'il s'agit d'une épreuve projective. Le facteur le plus important de cette validité est le fait de l'existence d'un manuel de passation complet, associé à une longue expérience qui permet de garder une certaine conscience de la relativité de toutes ces méthodes d'approche de la personne.

Les auteurs rapportent cinq observations pour indiquer que le test de Machover est particulièrement intéressant pour l'étude des motivations inconscientes de type névrotique et caractériel, tandis que l'intérêt en est moindre dans les régressions de genre psychotique.

L'évolution pubertaire vue à travers une épreuve de dessin : le test de l'arbre, par M. le Dr G. Tocheport (Armée).

L'auteur applique le test du dessin de l'arbre (Koch-Stora) à la comparaison de deux groupes d'internes d'enseignement secondaire, un groupe d'élèves pré-pubertaires (143) et un groupe de pubertaires (153).

Son étude lui permet :

1° de préciser quelques points de la psychologie de la puberté (notamment l'expansion brusque et un peu désordonnée de la personnalité) ;

2° de mettre en lumière le rôle capital que les perturbations affectives de

la puberté jouent dans les baisses de rendement scolaire à cette période de la vie, d'où découle la nécessité d'une aide vigilante et compréhensive du pédagogue.

L'évolution pubertaire vue à travers une épreuve de choix de titres de livres : le test du catalogue, par M. le Dr G. Tocheport (Armée).

L'auteur utilise le test du catalogue de Tramer, légèrement modifié pour la comparaison de deux groupes d'internes d'enseignement secondaire : un groupe d'élèves pré-pubertaires (143) et un groupe de pubertaires (153).

Il apporte à la forme même du test quelques modifications dans le choix des domaines culturels et, pour la correction, utilise le diagramme circulaire de Mme Baumgarten, qu'il transforme en le divisant en quatre quadrants : actif, cognitif, sensitif, social, chaque quadrant correspondant à un ensemble groupant six domaines d'intérêts culturels.

Il tire de son étude :

1° une confirmation de la valeur du test ;

2° une comparaison entre les réponses au test et le type de résonance intime au Rorschach ;

3° des indications sur l'intérêt du catalogue en psychologie sociale ;

4° des éléments tendant à montrer que l'évolution psychologique pubertaire n'est pas entravée par la discipline stricte des internats étudiés.

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les tumeurs frontales,

par MM. J. Boudouresques et J. Bonnal (de Marseille)

Il s'agit d'un très volumineux rapport nanti d'une très importante bibliographie. Ce très important sujet, remarquablement défini, limité et traité, est envisagé tout d'abord sur le plan historique et rappelle toutes les données déjà acquises sur le syndrome frontal (mental, neurologique, neuro-végétatif, électro-radiologique). Les autres posent ensuite le problème de l'étiologie, de l'anatomie pathologique. Dans un long et minutieux exposé, ils étudient ensuite le syndrome clinique (les troubles psychiques, l'épilepsie, les signes pyramidaux et sensitifs, les troubles de la parole et du langage, les troubles du tonus, les troubles de la coordination et de l'équilibre, les troubles olfactifs, les troubles oculaires, les céphalées de localisation). Ils retiennent ensuite les signes qu'ils qualifient de mineurs (troubles neuro-végétatifs, digestifs, sphinctériens, génitaux et métaboliques, thermiques, tensionnels et vaso-moteurs, respiratoires, hypniques, enfin atteinte de certains nerfs craniens, les oculo-moteurs en particulier.

Ils s'étendent sur l'hypertension intracranienne. Ils abordent alors les moyens modernes d'investigation complémentaire : électro-encéphalographie, tomographies, angiographies cérébrales, pneumo-encéphalographie, détection par les radio-isotopes.

Les auteurs énumèrent ensuite les diverses formes cliniques des tumeurs frontales suivant la nature histologique ou les formes topographiques. Ils terminent par le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement. Ils groupent enfin quelques observations particulièrement démonstratives.

Discussion du rapport de neurologie

Les résumés des discussions de MM. Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Bergouignan (de Bordeaux), Fiamberti (de Varèse), Hécaen (de Paris), Lereboullet (de Paris), Pommé (de Clermont-Ferrand), Rouquier (de Montpellier) et Titeca (de Bruxelles) ne nous sont pas encore parvenus.

Communications sur le sujet du rapport de neurologie

Hérédo-ataxie cérébelleuse avec syndrome de Parinaud, par M. G. Aymès

Lignée d'hérédo-ataxie cérébelleuse : trois sujets chez lesquels l'état de la motilité oculaire demeure ignoré. Un quatrième sujet présente tardivement, semble-t-il, en outre d'un nystagmus discret (antérieur), une paralysie de la verticalité du regard, des perturbations des mouvements automatico-réflexes, réalisant un syndrome de Parinaud. Existus à l'âge de 50 ans, après une phase prolongée hyperalgique et anxieuse. Il s'agit vraisemblablement d'une paralysie isolée, non familiale, comme en ont décrit Pierre Marie, Sjoegren, d'affirmation peut-être, plutôt que d'apparition tardive, et qui démontre une fois de plus l'extension possible en hauteur d'un processus abiotrophique susceptible d'atteindre dans de tels cas la partie supérieure de la calotte pédonculaire dans la région juxta-quadrigéminale, et de façon plus précise, la commissure blanche postérieure.

Syndrome d'Aran-Duchenne au cours d'une spondylite staphylococcique de la première dorsale, par MM. R. Beauchesne, P. Pasquet, P. Picard (médecins de la marine).

Syndrome paralytique et amyotrophique type Aran-Duchenne, à prédominance gauche, sans troubles de la sensibilité, ni altérations du liquide céphalo-rachidien, ni syndrome de compression médullaire, apparu au cours d'un épisode septicémique avec hépato-néphrite transitoire, pleurésie purulente à staphylocoques et surtout spondylo-discite aiguë de la première dorsale, chez un adulte, ostéomyélitique ancien. Evocation prudente de l'origine myélopathique réactionnelle de ce tableau habituellement radiculaire.

Syndrome de Morgagni-Morel et syndrome de Crouzon avec état maniaque, par MM. A. Charlin, L. Claudel et R. Volmat

Les auteurs présentent une malade atteinte à la fois d'un syndrome de Morgagni-Morel et d'un syndrome de Crouzon, qui présentait un état maniaque. Malgré l'importance des calcifications frontales et sus-orbitaires, l'état maniaque de la maladie de Morgagni-Morel ne paraît avoir aucun rapport avec une manie frontale. Ils attirent l'attention sur les rapports du syndrome de Morgagni-Morel et de la maladie de Fahr, et estiment que la pathogénie diencéphalo-hypophysaire est seule susceptible d'expliquer l'ensemble des troubles.

Tumeurs cérébrales chez le noir d'Afrique,
par MM. H. Collomb, L. Planques et G. Miletto

Les auteurs présentent quatre cas de processus expansifs intra-craniens observés sur un total de 1.427 noirs africains hospitalisés dans un service de neuro-psychiatrie. Ils insistent sur la fréquence des tuberculomes et, à un moindre degré, des syphilomes, par rapport aux tumeurs nerveuses proprement dites.

La maladie de Creutzfeld-Jakob,
par MM. A. Donnadieu, M. Florentin et Mme Florentin

A propos d'un cas, dont l'évolution a été suivie pendant une année, les auteurs rappellent les signes de la maladie décrite en 1920 par Creutzfeld et en 1921 par Jakob.

Les malades se présentent avec un état démentiel auquel s'associe un syndrome neurologique à évolution descendante caractérisé par l'existence de symptômes pyramidaux et extra-pyramidaux.

L'examen anatomo-pathologique révèle l'absence des lésions d'Alzheimer et une dégénérescence à prédominance sur les petites cellules ganglionnaires avec forte hyperplasie gliale.

Cette maladie peut être classée parmi les démences abiotrophiques et on peut penser qu'à son origine se trouve un trouble métabolique de base qui, décelé précocement, pourrait peut-être permettre une thérapeutique en vue d'arrêter l'évolution de la maladie.

Confrontation clinique et E.E.G. (avec activation par le sommeil et le cardiazol), en fonction des résultats thérapeutiques dans un groupe de schizophrènes chroniques, par MM. N. Duc, R. Lafon, P. Passouant et J. Minvielle.

Les auteurs établissent un bilan clinique et électro-encéphalographique chez 45 schizophrènes, presque tous hébéphréno-catatoniques et internés de longue date (39 étaient malades depuis plus de cinq ans). Le seuil cardiazolique électro-encéphalographique est très souvent abaissé ; le tracé en cours de sommeil comporte habituellement une tendance excessive à la rythmicité, avec des ondes de morphologie irritative prédominant dans les régions fronto-temporales et sur la ligne médiane. Les tracés de sommeil sont très proches de ceux des épileptiques et suggèrent l'existence de perturbations de certaines structures cérébrales dans la schizophrénie.

Les diverses thérapeutiques effectuées chez ces 45 malades pendant les trois dernières années permettent de regrouper les malades qui n'en ont que peu bénéficié. Ce groupe correspond statistiquement aux malades les plus âgés, ayant davantage d'affections congénitales ou de la première enfance (avec notamment débilité mentale résiduelle), une plus forte proportion d'agressivité et d'impulsivité, l'association d'une comitialité et un seuil cardiazolique plus bas.

Le diagnostic angiographique des tumeurs frontales,
par MM. Cl. Gros, R. Lafon, R. Labauge, B. Vlaovitch et M. Billet

Les auteurs précisent les renseignements fournis par l'angiographie cérébrale à propos d'une statistique de 40 tumeurs frontales ; ils insistent sur l'apport de cette méthode au diagnostic d'invasion calleuse, parfois décelable à l'artériographie (images de déroulement hydrocéphalique de la cérébrale antérieure sur le cliché de profil, de dédoublement des cérébrales antérieures sur le cliché de face). Le plus souvent, ce procédé d'exploration permet d'éviter le recours à l'insufflation gazeuse.

Données de la pneumoencéphalographie et de l'électroencéphalographie au cours des états thymiques d'involution, par MM. P. Pages, R. Lafon, P. Passouant, R. Labauge, J. Cadilhac et R. Pouget.

Les auteurs soulignent la fréquence, dans ce cadre nosologique, de l'atrophie cérébrale (67,5 % des cas) à prédominance péri-ventriculaire et des anomalies électro-encéphalographiques en faveur d'un dysfonctionnement des formations sous-corticales et du système de vigilance.

La pneumoencéphalographie au cours des syndromes schizophrèniques, par MM. R. Lafon, N. Duc, R. Labauge, J.-P. Temple et B. Billet.

Les auteurs constatent, sur une statistique de 130 cas composés en majorité de forme hébéphréno-catatonique, 22 % d'atrophie cérébrale à prédominance sous-corticale, intéressant souvent de façon exclusive la région diencéphalique (dilatation très fréquente du III[e] ventricule). Les circonstances d'apparition de ces atrophies sont précisées, leur signification est discutée.

Pseudo-paralysie générale alcoolique après encéphalopathie de Gayet-Wernicke, par MM. R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Cadilhac et R. Pouget.

Les auteurs ont observé l'éclosion progressive, un an après un syndrome de Gayet-Wernicke, d'un délire chronique surtout mégalomaniaque, non systématisé, absurde, évoquant la pseudo-paralysie générale éthylique ; parallèlement, s'est constituée une atrophie cérébrale à prédominance bifrontale.

Deux cas de myopathie, l'une atrophique, l'autre pseudo-hypertrophique chez deux frères, par MM. P. Lôo et J.-P. Duflot (La Charité-sur-Loire

Deux frères ; l'aîné, 12 ans, atteint de myopathie atrophique, actuellement quadriplégique ; le second, 8 ans, présentait en 1953 une myopathie à forme hypertrophique.

Celle-ci fut repérée par le dépistage scolaire, à cause de l'aspect globuleux des groupes musculaires, mais elle a évolué vers le type atrophique et tend à s'aligner, tant dans les aspects que par l'évolution sur le type atrophique.

Pour l'une et l'autre forme, le dosage des éléments minéraux a montré une baisse du K et du fer et une hypercuprémie.

Bien que classiquement séparées et d'aspect clinique différent, le fait de rencontrer ces deux formes dans la même lignée évoque l'idée d'une pathogénie commune, où la prolifération du tissu conjonctif aux dépens du tissu musculaire est sans doute plus marquée dans la forme hypertrophique.

Activité épileptique en foyer chez des schizophrènes ayant subi une intervention psycho-chirurgicale, par MM. P. Passouant, R. Lafon, N. Duc, J. Minvielle et P. Comelade.

Les auteurs ont effectué des enregistrements électro-encéphalographiques systématiques chez dix malades opérés de leucotomie frontale ouverte (huit cas) ou topectomie des aires 8, 9 et 10 (trois cas). L'opération datait de plus de cinq ans chez sept d'entre eux et n'avait pas entraîné d'incident. Aucun de ces malades n'avait présenté de crises épileptiques.

Le tracé électro-encéphalographique met en évidence dans la moitié des cas des ondes lentes irritatives dans les régions pré-frontales. Deux fois seulement l'activation cardiazolique n'a pas modifié le tracé. Dans les autres cas elle fait apparaître, de même que l'enregistrement en cours de sommeil, une activité critique de pointes-ondes frontales.

Les auteurs soulignent la fréquence de ces foyers irritatifs et leur très nette majoration par le sommeil. Discussion de leur rôle pathogène, compte tenu de leur latence clinique.

Troubles psychiques et tumeurs frontales,
par MM. B. Pommé, R. Planche et J. Gibert (de Clermont-Ferrand)

Les auteurs rapportent quelques impressions cliniques tirées de leur expérience personnelle.

1° Dans la plupart des cas de tumeurs frontales s'accompagnant de troubles psychique précoces, ce ne sont pas les manifestations mentales qui ont conduit le malade au médecin, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'entourage. La rareté de l'anxiété d'une part, et la subtilité de perturbations psychiques d'autre part, expliquent cette absence de désir de consultation neurologique. Un rappel des données kretschmériennes sur les troubles de l'intégration sphérique et de la régulation dynamique est donné à propos de deux malades ; l'un d'eux, opéré par J. Guillaume, a présenté pendant quatre ans des troubles profonds de l'activité avant l'exérèse d'un méningiome de la faulx du cerveau de 375 grammes, intervention qui a fait rétrocéder considérablement le syndrome.

2° Par contre, le début des tumeurs fronto-calleuses ou juxta-diencéphaliques sont de nature à entraîner rapidement une consultation neurologique, états confusionnels (ou pseudo-léthargiques ; intervention B. Montrieul). Mais, dans la règle, existent des troubles sphinctériens ou ataxiques.

3° Un diagnostic différentiel difficile à poser, à partir de la soixantaine, est celui d'atrophie centrale. Ce dernier diagnostic fut porté grâce à des manifestations psychiques pendant plusieurs années, alors qu'il s'agissait d'un méningiome frontal de la convexité (intervention P. Janny).

Ces impressions viennent souligner quelques difficultés pratiques de l'utilisation des signes psychiques lorsqu'ils existent dans un diagnostic vraiment précoce de tumeur frontale.

L'atteinte corticale au cours des intoxications oxycarbonées aiguës et de leurs suites, par MM. Y. Poursines, J. Alliez et J. Meissonier.

Les auteurs ont observé au point de vue clinique, chez des sujets ayant présenté une intoxication oxycarbonée avec coma initial et mort retardée, des syndromes cliniques distincts, des syndromes pallidaux classiques et évoquant l'atteinte privilégiée du lobe pariétal et de son voisinage (agnosies et apraxies diverses). Les lésions corticales ont pu être mises en évidence au point de vue histologique ; elles se caractérisent par des désordres vasculaires et vaso-moteurs faisant suite à des altérations initiales de même ordre avec accentuation de l'œdème et début d'organisation, et surtout par la dégénérescence diffuse lipoïde des éléments nerveux, avec réaction gliale et neurophagie. Le siège électif de ces réactions œdémateuses et dégénératives est le tissu péri-ventriculaire et surtout la couche profonde de l'écorce, en particulier la sixième couche, dont les auteurs montrent de beaux exemples. La topographie régionale de ces lésions montre une prédominance sur le néo-cortex, qui paraît remarquable. La nature toxique ou anoxique de telles lésions ne peut être établie avec certitude. L'existence d'altérations histologiques paraépendymaires paraissant initiales pourrait suggérer une utilisation thérapeutique, tenant compte du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la diffusion du processus lésionnel.

III. RAPPORT D'ASSISTANCE

Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique, par M. Jacques Bouquerel (de Bailleul)

L'auteur fait, tout d'abord, l'historique de l'assistance « architecturale » aux malades mentaux. Chaque époque a eu son mode de conception quant au plan de l'hôpital psychiatrique idéal. Le dernier en date, parmi les ouvrages traitant de cette question, fut le livre de Raynier et Lauzier, qui parut en 1935. Depuis, d'autres essais furent tentés. Mais, l'évolution rapide et le bouleversement des méthodes thérapeutiques rendent le problème de plus en plus nouveau, de plus en plus dépassé. Il préoccupe, d'ailleurs, toutes les nations.

En France, la question est d'autant plus d'actualité que tout un plan de construction d'hôpitaux psychiatriques nouveaux est à l'étude et même à un début de réalisation. Tout un ensemble de réorganisation est envisagé pour des années prochaines.

C'est ainsi que l'auteur en arrive à exposer un type d'hôpital psychiatrique moderne qui doit être un tout thérapeutique. Il doit donc comprendre : des unités de soins réparties en pavillons de petite capacité ; un bloc des spécialités médico-chirurgicales ; les services généraux ; l'administration ; les annexes diverses ; un centre social.

J. Bouquerel étudie en détail chacun de ces éléments.

Dans un autre chapitre, il envisage les établissements et services psychiatriques spéciaux : service des aliénés difficiles ; service des séniles ; service de cure pour alcooliques ; colonies agricoles.

Le cas de service spécialisé pour psychopathes tuberculeux et pour épilep-

tiques paraît dépassé et secondaire, du fait des progrès thérapeutiques dans ces domaines.

L'auteur envisage, ensuite, quelques considérations pratiques concernant, soit des améliorations d'hôpitaux déjà anciens, soit des innovations pour ceux de date récente. Son rapport se termine par quelques plans représentant quelques établissements nouveaux en cours d'édification.

Discussion du rapport d'assistance

M. Lauzier (de Versailles). — félicite l'auteur de son rapport extrêmement objectif et réaliste. Celui-ci vient à son heure puisque deux plans successifs d'équipement vont permettre la construction d'une quinzaine d'hôpitaux psychiatriques nouveaux et la modernisation de nombreux établissements anciens. Il était donc nécessaire de mettre au point les conditions techniques auxquelles doit répondre un centre psychiatrique moderne, c'est-à-dire le type le plus original et le plus différencié des hôpitaux de spécialité. Après avoir insisté sur les détails matériels, dont est tissée la trame quotidienne de la vie hospitalière, et qui ont une portée psychologique considérable, Lauzier attire l'attention sur deux problèmes essentiels : l'insonorisation générale des pavillons et la nécessité d'affecter le personnel médical et infirmier nécessaire dans chaque pavillon si l'on veut obtenir un rendement thérapeutique efficient.

M. Leyritz. — L'hôpital psychiatrique doit rester un hôpital et développer considérablement ses possibilités proprement médicales et de laboratoires pour assurer aux malades les soins médicaux adaptés à chacun d'eux et obtenir des séjours brefs avec réintégration sociale sans difficulté.

La vitesse de l'administration des soins efficaces doit être la préoccupation dominante des organisateurs, et donc des constructeurs (architecture fonctionnelle minutieusement étudiée). Nier l'existence des malades gâteux ne suffit pas à les faire disparaître, heureusement pour eux. Un pavillon soigneusement adapté, avec mesures prophylactiques des escharres, doit être obligatoirement aménagé pour eux dans chaque service.

L'hôpital psychiatrique doit aussi obligatoirement posséder un pavillon pour médico-légaux avec mesures spéciales de sécurité et interdiction formelle de l'ergothérapie extérieure à cette enceinte, qui sera spécialement adaptée. Nous devons nous souvenir de l'exemple désastreux d'Avignon, et de nombre d'évasions de déséquilibrés, dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Il ne faut pas se payer de mots et croire *à priori* que les termes d'ergothérapie et de ludothérapie aient une valeur étymologique exacte. Ils ne sont pas valables comme thérapies vraies mais comme appoint thérapeutique lorsque l'essentiel est préalablement réalisé, c'est-à-dire lorsque, grâce aux thérapies véritables (thérapies médicales), les malades sont devenus occupables et récréables. Ils résument une simple question de mode qui passera. Or, il faut construire en pensant à l'avenir. L'effort constructif doit être axé sur la partie proprement hospitalière de l'hôpital psychiatrique.

M. G. Padovani (de Pesaro). — Après avoir félicité le rapporteur, le professeur G. Padovani souligne que le sujet du rapport est à l'ordre du jour

aussi en Italie, et il avance quelques remarques et quelques questions. Il rappelle le Savoisien Duclos parmi les précurseurs de la moderne conception de l'hôpital psychiatrique. Il fait ressortir les inconvénients de l'hôpital exclusivement à type de village, et il propose que le bloc des spécialités médico-chirurgicales inclue aussi les unités d'accueil et d'observation. Il touche ensuite le problème de la séparation des sexes et celui des pavillons « standard », en affirmant l'opportunité d'une distinction fonctionnelle entre la zone destinée aux malades de recouvrement rapide et la zone affectée aux malades de longue hospitalisation. Il pose finalement quelques questions à propos du raccordement des pavillons, des cuisines centralisées, des laboratoires scientifiques, de l'emplacement des habitations des médecins et de la colonie agricole.

M. Repond (de Monthey). — Dans une intervention pleine de bon sens et de sagesse, M. Repond se demande si, dans quelques lustres, nos conceptions actuelles ne seront pas, à leur tour, dépassées, et s'il n'est pas imprudent de s'engager trop vite dans des dépenses excessives, vouées, elles aussi, au périmé. Il croit plus raisonnable d'adapter pour le mieux nos établissements existants aux thérapeutiques modernes, lesquelles, très vraisemblablement, subiront également, dans un temps prochain, des modifications profondes.

M. Tosquelles. — Si la pièce maîtresse des soins aux malades mentaux doit être encore les hôpitaux psychiatriques, la sociothérapie reste sa seule justification. Il rappelle les conditions techniques de la création et de la dissolution de groupes thérapeutiques. Sous cet angle, la petite unité de soins doit être reliée à des habitats plus vastes.

Critique des projets actuels. Réserves sur la ségrégation thérapeutique des alcooliques.

Interventions de MM. Adnès (Le Mans), Bonnafé (Rouen), Belfils (Poitiers), Daumézon (Paris), Ferdière (Anglet), Fiamberti (Varèse), Lassalle (Auch), Lauzier (Dijon), Uberschlag (Lannemezan), dont les résumés ne nous sont pas encore parvenus.

IV. AUTRES COMMUNICATIONS

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Exhibitionnisme et syphilis nerveuse,
par MM. J. Alliez, M. Langlois et R. Pache

Les auteurs ont observé chez deux malades syphilitiques peu anciens des manifestations d'exhibitionnisme différentes des formes classiques et délirantes de la paralysie générale. La perversion était de type Lasègue dans le premier cas, sans note obsessionnelle dans le second. La personnalité antérieure n'a paru jouer qu'un rôle secondaire ou atténué, et la survenue du comportement délictueux a permis dans les deux cas de mettre en évidence des symptômes d'imprégnation nerveuse syphilitique très discrets, surtout

biologiques, qui permettent cependant d'affirmer l'étiologie. Le terme de paralysie générale ne paraît toutefois pas adéquat, quoiqu'il puisse s'agir d'une neuro-syphilis atténuée.

Interprétations morbides posant à nouveau le problème doute obsessionnel-conviction délirante, par A. Crémieux, P. Sivadon, R. Pujol, A. Tatossian et C. Righini.

A propos des difficultés diagnostiques entre névrose obsessionnelle grave et schizophrénie, les auteurs rapportent l'observation d'un sujet d'une trentaine d'années dont les troubles ont débuté, alors qu'il était étudiant, par des doutes obsédants portant sur les formules chimiques, les tournures de phrases, etc. Evolution vers un état d'indifférence, d'apragmatisme, et des idées délirantes d'hostilité de l'entourage. Fugues répétées. Les auteurs présentent ce malade comme un schizophrène. D'emblée, ses premiers symptômes étaient suspects de dissociation. Il ne s'agirait pas d'un obsédé devenu schizophrène, mais d'une schizophrénie pseudo-névrotique devenue schizophrénie confirmée. Une analyse phénoménologique existentielle tente de montrer la structure évolutive qui sous-tend unitairement les symptômes doutes obsédants-conviction délirante. Il s'agit d'une altération de l'appréhension d'autrui qui se dégrade peu à peu et dont les auteurs caractérisent quelques étapes. En conclusion, réflexions sur ce qui rapproche et différencie, dans la pensée des auteurs, névrose obsessionnelle et schizophrénie.

Sur une forme non hallucinatoire de monologue délirant,
par MM. H. Maurel et J.-P. Spielmann (de Rouffach)

Rappelant la rareté des études cliniques consacrées au monologue, les auteurs s'élèvent contre la conception généralement admise suivant laquelle le soliloque délirant, interpellation consciente d'un interlocuteur imaginaire, traduirait constamment une expérience hallucinatoire. Ils rapportent l'observation d'un délire chronique qui fut étiqueté hallucinatoire sur la constatation d'un tel symptôme, alors qu'il s'agissait, en fait, d'une psychose interprétative pure. Les soliloques, destinés à des persécuteurs absents, étaient suivis d'effets qui prouvaient qu'ils étaient entendus. En dehors de toute donnée hallucinatoire immédiate, la conviction délirante d'une communication à distance se *démontrait* par le détour d'une formule interprétative.

Réflexions psychopathologiques sur un cas de mélancolie de deuil avec suicide familial, par MM. A. Missenard et R. Coirault

L'observation d'un sujet atteint, après le décès de sa femme, d'une mélancolie de deuil à forme hypocondriaque et ayant, lors d'une tentative de suicide, essayé d'entraîner sa fille dans la mort, est l'occasion d'illustrer certains mécanismes psycho-pathologiques du « travail ou deuil ».

Les rapports du sujet avec son entourage « y sont réglés sur le mode archaïque des fantasmes et des projections ». L'aspect collectif du suicide, l'identification du malade à l'épouse décédée montrent la complexité des liens affectifs, qui impliquent alors « indétermination des limites du sujet, confusion avec les personnes aimées et ambivalence ».

L'appréciation médico-légale chez un meurtrier en phase aiguë d'une leptospirose, par MM. H. Steck, D. Nusslé et J.-L. Villa

Un cas spécialement bien étudié de maladie des jeunes prochers, type pomona, qui déclencha un délit d'affect grave. Malgré l'absence d'état confuso-onirique au moment du crime, les signes habituels discrets, mais nets d'atteinte méningo-encéphalitique ont permis de conclure à une responsabilité pénale fortement diminuée.

A noter une discordance, déjà signalée, entre la netteté des signes cliniques et la discrétion de la réaction du liquide céphalo-rachidien.

Confirmation par la présence de lésions histologiques en foyers, typiques, trouvées dans le cerveau et les méninges, six mois après la période aiguë : lésions méningées de la convexité, et parenchymateuses, principalement dans le noyau caudé et le locus niger.

COMMUNICATIONS DE PHYSIO-PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Réflexions sur l'évolution clinique et électro-encéphalographique des enfants épileptoïdes traités dans un centre médico-pédagogique, par MM. A. Donnadieu, M. Florentin et Mme Florentin.

De l'observation d'enfants « caractériels » placés dans un centre médico-pédagogique, les auteurs concluent qu'il faut soupçonner un substratum épileptique chaque fois qu'on constate, d'une part, l'existence d'une instabilité coléreuse, dysrythmique, évoluant par bouffées et, d'autre part, de la lenteur et de la viscosité avec paresse et bouderie.

Les tests psychologiques confirment alors souvent le diagnostic d'épileptoïdie tandis que l'électro-encéphalographie montre des perturbations du type épileptique.

Il semble que les électro-encéphalogrammes à la localisation temporale vont souvent de pair avec l'instabilité et les électro-encéphalogrammes à la localisation basale avec la bradypsychie.

Les traitements variables suivant ces localisations donnent souvent des améliorations du comportement dès les six premiers mois, les améliorations électriques étant plus lentes.

Douze observations d'accidents comitiaux avec localisations électriques temporales survenus chez des malades mentaux en traitement à la chlorpromazine, par MM. P. Doussinet, B. d'Alteroche et P. Soucachet (de Clermont-Ferrand).

Les auteurs, qui ont traité en dix-huit mois 400 malades mentaux à la chlorpromazine administrée par la voie buccale, à des doses allant de 50 à 200 mgr., ont observé douze cas d'accidents comitiaux ou para-comitiaux. Les tracés électro-encéphalographiques ont constamment montré des anomalies importantes permanentes (delta polymorphe) ou paroxystiques (pointes, bouffées de thêta ou bouffées dysrythmiques) à localisation temporale prévalente.

Ayant soumis à l'examen électro-encéphalographique vingt malades en traitement prises au hasard, qui n'avaient présenté aucun accident clinique, les auteurs ont trouvé seulement dix tracés normaux et dix tracés comparables aux précédents, quoique nettement atténués.

Considérant la chlorpromazine comme une thérapeutique actuellement irremplaçable en psychiatrie, les auteurs préconisent : une surveillance médicale très attentive, un contrôle électro-encéphalographique systématique et l'association de barbituriques dans les cas requis.

Contribution à l'analyse de fréquence de l'électroencéphalogramme (application à la neuroendocrinologie), par MM. J. Faure, J. Duhamel, A. Dalléas et R. Bramerie.

L'analyse de l'électro-encéphalogramme doit se soumettre aux conditions dégagées par la science du signal et de l'information et définir le signal électro-encéphalographique par rapport aux paramètres temps, amplitudes, fréquences. Cette prise de conscience du problème limite le choix des méthodes et des instruments et a fait construire un appareil automatique qui extrait de manière continue, à partir de l'électro-encéphalogramme primaire, les différents types de sinusoïdes qu'il contient, ayant chacun une fréquence propre et une amplitude modulée en rapport avec les qualités du signal. Un mode de classement des sinusoïdes libérées, établi suivant les lois de l'information, aboutit à trois représentations, l'une correspondant au spectre de Grey Walter, l'autre au diagramme d'information de Gabor, la troisième révélant une organisation dynamo-structurale de l'activité électrique du cerveau. L'utilisation de l'appareil a permis de déceler des types réactionnels physiologiques, des variations physiologiques du cycle menstruel, et de suivre l'évolution d'états hormonaux cliniques et expérimentaux.

Influence des hormones sur le rhinencéphale (expérimentation. Applications cliniques), par M. J. Faure (Bordeaux).

L'action expérimentale des hormones sur le rhinencéphale fut étudiée suivant une méthodologie vitale, chez 40 animaux éveillés, libres, situés dans un milieu connu, répartis en préparations aiguës et chroniques. Des plaques stéréotaxiques maintenaient de fines électrodes aux divers niveaux de rhinencéphale et de l'hypothalamus pendant des mois.

Un matériel de 300 femmes atteintes de troubles menstruels, neuro-psychiatriques et viscéraux, étudiés par une méthodologie de neuro-physiologie clinique, fut confronté avec les résultats de l'expérimentation. Le rhinencéphale s'est montré fort sensible à l'influence hormonale : perturbations du comportement, troubles végétatifs à dominance respiratoire, variation de la vigilance cérébrale avec inhibition psychomotrice ou instabilité agressive et olfacto-sexuelle. Les modifications bioélectriques du rhinencéphale marquent ces changements de régime, tandis que l'activité corticale demeure assez impassible. L'état clinique des malades, fait d'une baisse de la vigilance cérébale, d'hypocondrie, d'angoisse avec gêne respiratoire, d'instabilité caractérielle et de crises diverses, associé à un électro-encéphalogramme dépourvu de complexe pointe-onde, à trois par seconde le plus souvent, mais fait de pointes diphasiques mélangées à des rythmes plus lents, suggère une compa-

raison fertile avec l'expérimentation. La perturbation du rhinencéphale de ces sujets est vraisemblable et l'on en tire des conclusions pathogéniques et thérapeutiques.

Aspect de la régulation diencéphalo-hypophysaire (Expérimentation. Applications cliniques), par M. J. Faure (Bordeaux).

Une stimulation électrique possédant certaines qualités, exercée au niveau de certains points du rhinencéphale et de l'hypothalamus, provoque après un long délai un comportement olfacto-génito-sexuel analogue à celui qui est réalisé par l'imprégnation de F.S.H. Si cette même stimulation est accomplie pendant l'imprégnation de F.S.H., mais avec une intensité moindre, un comportement de même type, mais plus complet, plus intense et plus durable, d'apparition quasi-immédiate, survient. D'autre part, l'imprégnation par rétro-pituitrine ou par ocytocine, donne lieu aux mêmes modifications de l'activité du rhinencéphale et de l'hypothalamus, et au même comportement, et cela en dehors de toute stimulation électrique, si l'organisme a été au préalable conditionné par F.S.H. Ainsi, le rôle important du rhino-diencéphale dans l'élaboration d'un comportement génito-sexuel est pressenti et l'ocytocine participerait à la liaison humorale diencéphalo-hypophysaire. L'administration de substances dites freinatrices : para-oxypropiophénone, association de para-aminobenzoate de sodium et d'hyposulfite de magnésium, fait disparaître, même sous imprégnation de F.S.H. et d'ocytocine, les modifications du comportement et des activités du rhinencéphale et de l'hypothalamus. On peut conclure qu'au moins, dans certaines conditions, certaines parties du rhinodiencéphale sont capables de faire apparaître un comportement sexuel et d'influencer l'antéhypophyse. Des interactions neuro-hormono-neurales sont mises en valeur. La pathogénie et la thérapeutique des syndromes neuro-gynéco-endocriniens peuvent bénéficier de cette expérimentation, qui dégage l'importance des corps freinateurs sur le rhino-diencéphale.

Premiers résultats microélectrophorétiques chez des malades mentaux à l'H.P. de Blida-Joinville (Alger), par MM. R. Lacaton, M. Timsit F. Sanchez.

La microélectrophorèse sur papier a permis, depuis quelques années, d'entreprendre l'étude du liquide céphalo-rachidien. Grâce au centre de transfusion sanguine d'Alger et à M. le professeur Benhamou qui le dirige, les auteurs ont pu appliquer ce nouveau moyen d'investigation à 34 malades mentaux internés (18 catatoniques, 6 paralytiques généraux, 10 épileptiques). Leurs premiers résultats justifient la poursuite des recherches et mettent déjà en évidence certaines anomalies intéressantes des rachiphorégrammes : chez les paralytiques généraux, augmentation monstrueuse des gamma-globulines (tant holo qu'hétéroprotéiniques) ; chez les épileptiques, augmentation caractéristique de l'albumine neutre et du rapport albumine/globuline alpha 2, le protéinogramme paraissant modifié seulement dans le groupe des épilepsies symptômatiques.

COMMUNICATIONS DE THERAPEUTIQUE

Premier bilan des effets cliniques d'un nouveau neuroleptique, par MM. P. Broussolle et P. Dubon

Un nouveau dérivé de la phénothiazine, le 6140 R.P., est en cours d'utilisation chez des malades mentales graves. Du premier bilan établi au bout de quatre mois, après 28 cures, il ressort que ce produit est actif à des doses beaucoup moindres que la chlorpromazine. Il a des effets deshinibiteur, sédatif et hypnogène et agirait particulièrement dans les bouffées délirantes, les schizophrénies catatoniques et paranoïdes et dans les accès maniaques francs. Dans certaines conditions, il serait excitant et asthéniant à la fois. Enfin, des signes parkinsoniens, athétosiques, et d'autres signes neurologiques inclassables sont facilement évités si la posologie est progressive et ne dépasse pas 75 mgr. par jour.

Premiers résultats du traitement du delirium tremens par le succinate de 21-hydroxy-prégnandione (viadril), par MM. A. Charlin, R. Volmat et Petiot.

Les auteurs ont pu traiter six cas de delirium tremens extrêmement grave par le succinate de 21-hydroxy-prégnandione ou viadril, et confirment formellement les travaux de Coirault et Laborit sur l'excellence de cette méthode supérieure aux précédentes et sur l'intérêt qu'il y a à étudier le delirium tremens sous ces aspects bio-cliniques et bio-électriques.

Le traitement des névroses expérimentales, par M. Jacques Cain, Mme Josette Extremet et M. H. Extremet (de Marseille).

La névrose expérimentale peut être créée chez l'animal, soit en utilisant des stimuli très intenses, soit en plaçant le sujet dans une discrimination impossible, soit, enfin, en traumatisant l'animal au moment où il accomplit son conditionnement. La névrose ainsi créée, et bien caractérisée sémiologiquement, peut céder sous des influences thérapeutiques. Successivement, sont envisagées ici :

1) l'action de la convulsivothérapie qui, dans un certain nombre de cas, fait céder les manifestations morbides ;

2) l'influence de la réserpine, médicament efficace autant pour accélérer l'apprentissage que pour améliorer la névrose ;

3) l'utilisation de thérapeutiques situationnelles, véritables psychothérapies expérimentales, dans lesquelles on peut agir en modifiant les éléments de la situation conflictuelle, l'attitude de l'expérimentateur, ou en mettant en contact les animaux névrosés et les animaux normaux.

Essais thérapeutiques de certains cas d'alcoolisme chronique par la projection cinématographique du comportement morbide des malades convalescents de délire confuso-onirique alcoolique, par M. J. Carrère. (de Fleury).

L'auteur présente 17 cas d'application du psycho-choc cinématographique, soit en technique isolée de traitements, soit en association en apomorphine et au disulfuram.

Les cas bénéficient d'un recul d'appréciation de 8 à 24 mois.

Dans l'ensemble, sur 17 cas : 12 abstinents complets, 3 améliorations très importantes, 2 rechutes.

L'auteur discute les critiques de la technique, en demande l'adjonction à toutes les cures de dégoût ou d'entretien chez les malades atteints de delirium tremens ou d'états subaigus.

Déséquilibre électrolytique et troubles du métabolisme cellulaire au cours du delirium tremens (Déductions thérapeutiques), par MM. H. Coirault, P. Chambon, V. Girard et H. Farand.

La mise en œuvre de traitement agissant sur le déséquilibre électrolytique a permis d'améliorer d'une façon considérable la statistique des auteurs. De 40 % de décès, il est possible d'arriver à 3, à 5 % maximum.

Les auteurs insistent sur les variations du potassium et du sodium, justifiant l'emploi de cortisone ou de stéroïde anesthésique (viadril) et de solutions concentrées de NaCl, et sur les troubles secondaires du métabolisme cellulaire, qui ne peuvent être combattus que par l'utilisation de solutions concentrées de glucose et de lévulose et d'insuline, d'A.T.P., de cytochrome C.

Constatations personnelles concernant certaines thérapeutiques dites tranquillisantes (Doriden, Equanil, Atarax), par MM. R. Coirault, P. Chambon, V. Girard, Schüller, Huguet et Périer.

Ces trois produits offrent une gamme thérapeutique très souple. Le doriden est anxiolytique, hypnogène et anti-convulsivant. L'équanil est anxiolytique, sans action hypnogène et légèrement euphorisant. L'atarax est un tranquillisant non hypnogène et non euphorisant.

Ces trois médications voient leurs effets potentialisés par la chlorpromazine et la réserpine.

Intérêt de la réserpine injectable dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux au cours des néphropathies hypertensives azotémiques, par MM. R. Coirault et E. Schüller.

La réserpine injectable a une action lentement progressive sur la tension artérielle. Elle ne s'accompagne pas d'accoutumance rapide. Elle provoque une détente psychomotrice et lutte contre les complications de type comitial, si fréquentes dans les accidents vasculaires cérébraux. Selon les auteurs, la réserpine doit être considérée comme une médication intéressante des accidents vasculaires cérébraux en général.

Essais cliniques de la méthopromazine, comparaison avec la chlorpromazine, par MM. Jean Delay, P. Deniker, R. Pauwels et A. Hami.

Après avoir étudié au laboratoire la méthopromazine-phénothiazine, analogue à la chlorpromazine, mais où l'atome de chlore fixé au noyau phénothiazinique est remplacé par le radical OCH_3, les auteurs se sont efforcés de dégager en clinique (60 cas) les avantages possibles du nouveau composé.

Actif par voie buccale, à des doses inférieures à la chlorpromazine, le nouveau médicament apparaît surtout comme *plus maniable*. Il n'a pratiquement pas été noté d'inconvénient, ni d'accident ; notamment, l'absence de troubles orthostatiques en fait un médicament de cure ambulatoire.

Son efficacité sur les divers types de psychoses est du type de celle de la chlorpromazine, encore qu'elle soit parfois inférieure. Cependant, des succès ont été notés après échec d'autres neuroleptiques et montrent que la sensibilité individuelle peut être meilleure chez certains patients à l'égard du nouveau médicament.

La méthopromazine mérite ainsi d'être classée parmi les neuroleptiques actifs en psychiatrie.

Une nouvelle phénothiazine neuroleptique : la méthopromazine (4632 RP), par MM. J. Delay, P. Deniker, J. Thuillier, R. Pauwels et A. Hami.

Devant la multiplication des drogues destinées à la psychiatrie, les auteurs estiment qu'il est nécessaire de distinguer, des sédatifs banaux ou non, les médicaments qui, comme la chlorpromazine et la réserpine, sont des réducteurs véritables des mécanismes psychotiques. Ils proposent une *définition fonctionnelle* de ces « neuroleptiques », basée sur cinq points : 1° les médicaments créent l'indifférence sans effet narcotique vrai ; 2° ils agissent sur l'agitation et l'agressivité irréductible ; 3° ils sont réducteurs de certaines psychoses aiguës et même chroniques ; 4° ils engendrent d'importantes manifestations neuro-végétatives, voire extra-pyramidales ; 5° leur action sous-corticale prédominante paraît démontrée par diverses expériences.

A partir de ces données, les auteurs ont étudié diverses substances pour se concentrer sur plusieurs phénothiazines synthétisées, depuis la chlorpromazine notamment, la *méthopromazine*, qu'ils ont soumise à des expériences spécialisées : action sédative sur l'agitation des souris tournantes, action anti-sérotonine, comparables à celle de la chlorpromazine. Les essais cliniques font l'objet d'une deuxième communication.

La réserpine dans la post-cure insulinique de la démence précoce, par MM. L. Gayral, Hervé et J. Carrié (de Toulouse)

Les auteurs pensent que les neuroleptiques ne peuvent pas se substituer à la cure classique de Sakel dans le traitement de la démence précoce. Mais les neuroleptiques constituent un traitement symptomatique et surtout d'appoint, après la cure insulinique, d'une valeur très importante.

La réserpine, donnée pendant une très longue période, pendant plusieurs années, et en tout cas jusqu'à plus de deux ans dans les cas rapportés, aide grandement l'évolution générale et la réadaptation des schizophrènes après traitement de Sakel.

Il est indiqué d'associer au début la chlorpromazine à la réserpine, et selon des doses progressives pour la réserpine et dégressives pour la chlorpromazine, réalisant la technique de cure neuroleptique croisée. La chlorpromazine paraît agir sur la partie « active » de la morbidité schizophrénique : renfermement, opposition, impulsivités, manifestations psycho-sensorielles, et la réserpine semble favoriser la libération d'énergie anti-autistique vers le contact affectif, l'affabilité, le pragmatisme, avec un appoint d'euphorie et d'eutrophie physique.

Ces médicaments utilisés pendant très longtemps, aussitôt après la cure de Sakel, et d'après l'expérience des auteurs, selon le type de cure croisée, paraissent prendre en charge l'amélioration des symptômes et la désagrégation de la maladie, initiées par la cure de Sakel, et les perfectionner en assurant souvent de beaux succès.

Application de la psychanalyse à la mythologie : la névrose des Danaïdes d'après les « Suppliantes » d'Eschyle, par M. D. Kouretas.

Dans la première pièce de la Trilogie concernant l'aventure des 50 filles du roi de Lybie, Danaos (1510 avant Jésus-Christ environ), qui cherchent refuge à Argos, ville grecque du Péloponèse, le poète donne une description très fine de l'état d'esprit des femmes qui, pour des raisons complexuelles, se refusent à la maternité et à leur rôle de partenaire sexuel, d'où frigidité et tendances viriles. Le rôle du père œdipien est aussi mis en évidence de façon démonstrative sur la base du texte ancien.

Traitement des épileptiques et des hypomanes tuberculeux par la sulfoniazide, dérivé de l'isoniazide dépourvu d'effets convulsivants, par MM. P.-A. Lambert, A. Diederichs et M. Vermorel (de Bassens).

La sulfoniazide, antituberculeux dérivé de l'isoniazide, est dépourvue, à l'inverse de ce dernier, d'effets convulsivants sur l'animal. En clinique, utilisée à des doses de 3 à 6 gr. : 1° chez les épileptiques, auxquels on maintient le traitement anticomitial habituel, la sulfoniazide n'accroît pas le nombre de crises. Les autres manifestations du syndrome (absences ou troubles du caractère) restent inchangées ; 2° chez deux hypomanes, l'un en accès, l'autre en rémission, la sulfoniazide n'a ni aggravé, ni fait réapparaître les symptômes. Chez certains malades, le traitement a provoqué de l'asthénie et de la somnolence.

A propos d'un chapitre nouveau de l'hygiène mentale : la psychoprophylaxie des douleurs à l'accouchement, par M. H. Vermorel (Bron).

La psychoprophylaxie des douleurs de l'accouchement est un chapitre nouveau de l'hygiène mentale dans le domaine de la maternité. Elle est une éducation de la femme enceinte, où se réalise l'apprentissage de l'accouchement, susceptible de donner à la femme enceinte les moyens de dissocier la douleur de la contraction utérine.

On doit souligner les bases physiologiques de l'accouchement sans douleur, ses rapports avec les psychothérapies antérieures et le rôle nécessaire d'une ambiance protectrice pour la réussite.

Action thérapeutique synergique cure de Sakel chlorpromazine, par MM. A. Requet, M. Lévêque et C. Nachin

Cette association nous a, non seulement permis d'obtenir un nombre de sorties deux fois plus important après insulinothérapie, mais elle entraîne une modification profonde de la cure de Sakel.

Notre technique consiste à pratiquer l'insulinothérapie le matin, à l'exclu-

sion de toute autre thérapeutique. La chlorpromazine est donnée l'après-midi.

Nous ne cherchons pas à obtenir un nombre déterminé de comas. L'amélioration du malade est pour nous, dans tous les cas, l'indication clinique de la diminution des doses d'insuline de 10 en 10 unités (la dose alors atteinte n'étant pas obligatoirement comatogène).

Au cours de 22 cures pratiquées dans des cas de psychoses graves, non améliorées par les neuroplégiques ou autres thérapeutiques, nous avons pu conclure que nos malades supportaient mieux leur cure, leur amélioration se manifeste plus rapidement et les cures pratiquées sont relativement courtes.

Paul Abély.

Certaines discussions et certains résumés de communications n'étant pas encore parvenus, seront publiés en complément dans un autre fascicule.

ÉLECTIONS

La *LV^e^ session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Lyon*, à une date qui n'a pas pu encore être précisée.

Le *bureau* de cette LV^e^ session a été ainsi constitué :

Président : M. le D^r^ R. Bessières (de Paris).

Vice-président : M. le P^r^ Riser (de Toulouse).

Secrétaire général : M. le D^r^ Paul Cossa (de Nice).

Trésorier : M. le D^r^ P. Charon (de Bordeaux).

Secrétaire annuel :

Conseil d'administration : MM. les D^rs^ Paul Abély (de Paris), Frantz Adam, P. Charon (de Bordeaux), J.-E. Paillas (de Marseille), A. Sizaret (de Sainte-Gemmes), A. Tournay (de Paris).

*
**

Les sujets suivants ont été mis à l'ordre du jour de cette LV^e^ session :

Rapport de psychiatrie : Les troubles mentaux des phacomatoses. — *Rapporteur :* M. le D^r^ J. Alliez (de Marseille).

Rapport de neurologie : Méthodes d'investigation en vue de diagnostic et de pronostic au cours des accidents vasculaires cérébraux. — *Rapporteur :* M. le D^r^ P. Castaigne (de Paris).

Rapport de thérapeutique : Etude des nouvelles méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. — *Rapporteur :* M. le D^r^ L. Gayral (de Toulouse).

Symposium national italien sur la réserpine et la chlorpromazine en neuro-psychiatrie

(Milan, 15 octobre 1955)

Présidence : M. Fr. Agostino GEMELLI,
Université catholique du Sacré-Cœur, Milan.

Le 15 octobre 1955 a eu lieu, dans la salle des actes académiques de l'Université catholique du Sacré-Cœur, à Milan, le symposium italien sur la réserpine et la chlorpromazine en neuropsychiatrie, sous la présidence du révérend père Agostino Gemelli. De nombreux rapports et des communications variées y furent présentés et discutés.

Discours introductifs

De l'hellébore à la réserpine,
par le professeur Luigi Belloni (de Milan)

L'auteur retrace de façon vivante les origines et le développement de la thérapeutique psychiatrique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, montrant le chemin parcouru depuis l'hellébore légendaire à travers les traitements médiévaux jusqu'aux réformes de Chiarugi et de Pinel, aux thérapeutiques de choc et, enfin, aux nouveaux produits de la pharmacologie.

Bases anatomo-physiologiques des thérapeutiques pharmacologiques modernes en psychiatrie, par le professeur Mario Gozzano (de Rome).

Les traitements pharmacologiques en psychiatrie reposent sur une conception totalement différente de celle des méthodes de choc. Ils cherchent à obtenir un repos et un apaisement du malade, plutôt qu'une stimulation des défenses de l'organisme. Les médicaments proposés ont leur meilleure indication dans les psychoses dépressives et dans la manie, ainsi que dans les syndromes obsessionnels, à cause de leur influence favorable sur leurs composantes affectives. Il y a action sur les structures centrales du système nerveux végétatif. On sait que ces structures président aux manifestations émotives, forment la base anatomo-physiologique de la conscience, et interviennent dans l'établissement du sentiment de réalité de l'individu. On comprend l'importance de ces centres dans la genèse des psychoses. Pour la chlorpromazine et la réserpine, on peut admettre une action sur la substance réticulée avec blocage des impulsions afférentes venant du système nerveux végétatif périphérique, d'où apaisement de la composante affective des troubles psychiques.

Rapports

Effets somatiques de la réserpine,
par le professeur Flaviano Magrassi et Luigi Scalfi (de Naples)

Sont examinés les effets de la réserpine sur l'hypertension artérielle. Celle-ci est modifiée après une période de latence. La baisse de la tension se prolonge jusqu'à 24 heures. Le mécanisme de cette action hypotensive serait à rattacher à l'action du médicament, soit directement sur les vaisseaux, soit à travers le système nerveux, par stimulation des structures mésencéphaliques, qui inhiberaient les incitations sympathiques afférentes. Les auteurs décrivent de façon détaillée les modifications observées, par l'administration de la réserpine, au niveau des divers centres végétatifs, du métabolisme de la diurèse et des autres fonctions organiques.

Diverses communications sont faites sur les mêmes thèmes par : Silvano Parigi (d'Arezzo), G. C. Ricci et M. Ricordati (de Livourne), sur « les effets physio-pathologiques et clinico-thérapeutiques de la réserpine ; modifications somatiques au cours de thérapeutiques prolongées et à doses élevées » ; A. Masini, G. Pescetto et L. Tosca (de Gênes), sur « les effets somatiques et l'emploi psychiatrique de la réserpine » ; Ferdinando Ormea (de Turin), sur « quelques recherches et observations sur l'action de la réserpine en dermatologie » ; L. Biasci et P. Ronco (d'Alessandria), sur « le métabolisme des hydrates de carbone chez des malades mentaux soumis à l'action de 50 mgr. de chlorpromazine par voie parentérale et le métabolisme des hydrates de carbone chez des malades mentaux soumis à l'action de 5 mgr. de réserpine », puis sur « les modifications de la courbe oscillographique artérielle chez des malades mentaux soumis à des stimulations pharmacologiques variées (chlorpromazine, alcaloïdes de la rauwolfia, barbituriques) ; L. Biasci et P. Perla, sur « les données électro-cardiographiques chez des malades mentaux soumis au traitement par la réserpine et chez des malades mentaux soumis à l'action pharmacologique de 50 mgr. de chlorpromazine, par voie parentérale » ; Piero Caccialanza (de Milan), F. Bonati, L. Cucurachi et M. Urbani (de Parme), sur « les modifications de la pression artérielle, de la fréquence du pouls et de l'électrocardiogramme chez des psychopathes soumis à une thérapeutique réserpinique intensive » ; Giulio Cesare Maggi (de Milan), Mario Declich (de Sondrio), sur « quelques données chimico-cliniques chez des sujets traités par la réserpine à doses psychiatriques » ; Pietro Di Mattei (de Rome), qui montre la différence d'action entre réserpine et chlorpromazine ; Eldo Broggi (de Verceil) ; M. Saginaro, S. Valla et A. Cardinali (de Parme), sur « les effets végétatifs du traitement par la réserpine » ; Giuseppe Andrea Buscaino (de Cagliari), qui note l'importance du dosage sur l'action thérapeutique et pense à une inhibition de la phosphatase du système nerveux central et à une inhibition de la phosphorylation des hydrates de carbone dans les noyaux de la base ; Federico Navarro (de Naples) ; Bruno Callieri (de Rome) ; Francesco Sacco et Mario Scarcella (de Messine), sur « les variations sériques du calcium, du potassium et du sodium après administration de la réserpine et des alcaloïdes totaux de rauwolfia » ; A. Bertelli et E. Genovese (de Milan), sur « l'action de la réserpine sur l'épilepsie réflexe ».

Thérapeutique réserpinique en psychiatrie,
par le professeur Gaetano Benedetti (de Zürich)

Se basant sur l'étude de plus de 400 cas, l'orateur montre que, malgré leurs différences, la réserpine et la chlorpromazine peuvent, dans certaines limites, être examinées ensemble. Il envisage l'effet sédatif qui se vérifie en deux temps avec d'abord simple sédation, différente cependant de celle produite par les barbituriques (le sujet se trouve dans un état plus proche du sommeil normal et peut être facilement réveillé ; les rapports conscients sont maintenus). Les résultats obtenus en thérapeutique sont encourageants. Les schizophrénies aiguës sont améliorées dans les trois quarts des cas. Les schizophrénies chroniques ne sont pas gué'ies, mais améliorées, surtout dans les formes où le noyau de la personnalité est mieux conservé, les symptômes démentiels peu accusés, l'évolution oscillante avec des rémissions. Par contre, sont moins influencées les formes nettement démentielles à marche rectiligne. Les délires systématisés ne sont pas influencés dans leur structure, mais la couleur du délire et le retentissement affectif sont changés, d'où meilleur comportement. Les délires hallucinatoires sont favorablement influencés. Le rapporteur rapproche les effets du neuroplégique et de la leucotomie. Dans les états maniaques, les malades, bien que calmés partiellement, se rebellent parfois contre le traitement. Les formes dépressives peuvent être améliorées, mais la mélancolie endogène est peu influencée.

Résultats et considérations sur l'emploi de la réserpine dans le traitement des psychoses, par le professeur Cornelio Fazio (de Gênes).

Résultats et considérations sur l'emploi de la réserpine dans le traitement des psychoses. Considérations générales, par M. Franco Giberti (de Gênes).

Les symptômes le plus souvent améliorés sont ceux à base affective. Il y a sédation des manifestations d'anxiété ou d'excitation, mais l'attitude intérieure du malade demeure inchangée. En ce qui concerne les maniaques, l'attitude de révolte signalée parfois disparaît si le traitement est continué. Il faut savoir que les apnées sont souvent marquées si des électro-chocs sont pratiqués pendant la cure réserpinique.

Sur le même thème sont faites des communications : « La réserpine dans les schizophrénies catatoniques », par Ferdinando Barison et Luigi Massignan (de Padoue) ; « La thérapeutique réserpinique dans les schizophrénies chroniques », par Danilo Cargnello (de Sondrio) : il faut distinguer, parmi les effets du médicament, les symptômes de la série diencéphalique de ceux de la série extra-pyramidale, plus rares. Il n'y a pas d'améliorations cliniques sans présence de symptômes diencéphaliques.

« L'usage de la réserpine dans les états d'excitation psychique », par Gianfranco Garavaglia et Vittore Ugo Negri (de Milan) : la réserpine est contre-indiquée en cas de tendances au suicide. L'excitation accompagnée de signes de destruction corticale n'est pas améliorée.

« Modifications produites par le traitement réserpinique prolongé sur la symptomatologie psychique et le comportement dans les schizophrénies chroniques », par Giuseppe Santangelo (de Palerme).

« Résultats thérapeutiques obtenus avec le serpasil chez 158 malades men-

taux », par F. M. Donini, M. Belsasso et E. Ravis (de Trieste) ; « La *Rauwolfia serpentina* dans la cure de quelques psychopathies », par Eldo Broggi (de Verceil).

« Les indications des cures neuroleptiques prolongées dans le traitement des psychoses chroniques », par J. Delay, P. Deniker, R. Ropert et C. Wiart (de Paris) : le tremblement d'allure émotionnelle provoqué par la réserpine est différent de celui de la maladie de Parkinson. Il est nécessaire de faire une étude biochimique soigneuse.

« Effets thérapeutiques du serpasil sur un groupe de malades mentaux », par Filippo Santangelo (de Gênes) ; « La *Rauwolfia* en neuro-psychiatrie », par L. Telatin (d'Imola) ; « La réserpine dans les psychoses aiguës », par Pier Luigi Rosina (de Novare) ; « La *Rauwolfia* chez les malades chroniques, normotendus et hypertendus », par M. Marini, G. Caprini et P. Benciolini (de Vérone) ; « La réserpine dans le traitement des maladies mentales », par A. De Falco et B. Grassi (de Nocera superiore).

Effets de la réserpine et de la réserpine associée aux psychotoniques dans quelques psychopathies séniles, par M. Franco Négri (de Milan).

La réserpine seule améliore l'agitation, l'irritabilité et l'inquiétude. L'association avec des psychotoniques permet une meilleure réorganisation de la personnalité, une reprise de l'initiative et un intérêt plus vif pour l'entourage. Quelques communications sont faites, en particulier par : Gastone Maccagnani (d'Imola), sur « Le traitement de quelques syndromes psychiques de l'âge sénile par la réserpine, et la réserpine associée à la chlorpromazine » ; Silvano Rizzente (de Bologne), sur « Observations cliniques sur un nouvel hypotenseur et sédatif en gériatrie ».

La réserpine en psychiatrie infantile,
par MM. Giorgio Sacerdoti et Gianriccardo Vegro (de Venise)

La réserpine semble particulièrement indiquée dans les cas d'irritabilité, d'agressivité et d'impulsivité (sauf si une oligophrénie marquée est associée), dans les manifestations d'anxiété et d'instabilité psychomotrice, dans de nombreuses réactions névropathiques ou psychopathiques. L'efficacité est moindre si les troubles du comportement sont d'origine ambiantale.

Réserpine et réserpine associée à la chlorpromazine en neuropsychiatrie infantile, par M. Marino Bosinelli (d'Imola).

Action de la chlorpromazine et de la réserpine sur le système nerveux extra-pyramidal, par M. Antonio Balestrieri (de Padoue).

Le syndrome provoqué par la chlorpromazine et la réserpine fait partie du groupe hypokinétique, hypertonique, lié surtout à une atteinte du pallidum. Le mécanisme d'action est encore mal connu. Peut-être s'agit-il d'un effet global sur le système nerveux central.

Parmi les interventions sur le sujet, on peut citer celles de Matteo Viviano (de Gênes) : « A propos de la physiopathologie du tonus et du tremblement par la réserpine » ; Attilio Zambianchi et Mario Declich (de Pavie et Sondrio) : « Caractéristiques électromyographiques du tremblement dans le syndrome extra-pyramidal par réserpine ».

L'action de la chlorpromazine et de la réserpine sur quelques manifestations symptomatologiques des psychonévroses, par M. Giuseppe Gomirato (de Turin).

Les symptômes qui cèdent le mieux au traitement sont : état d'alerte, composante mélancolique du dysphorique, tension anxieuse et insomnie. Le dosage, au début, doit être prudent.

Parmi les communications correspondantes, les plus importantes sont celles de Bruno d'Avossa : « Considérations sur le traitement de 102 malades neuropsychiatriques par la réserpine » et celle de Ferruccio Antonelli (de Rome) : « Application de la chlorpromazine dans la pratique rhumatologique, avec référence particulière à la névrose rhumatismale ».

Modifications du tracé électro-encéphalographique par la réserpine,
par M. Spartaco Colombati (de Bologne)

On obtient, généralement, des modifications du tracé dans le sens d'une action facilitant la synchronisation neuronique sur les fréquences moyennes et lentes et déprimant les activités rapides focales. Pour l'interprétation, il est permis de s'appuyer sur les récents travaux concernant l'action de la réserpine sur le métabolisme de la sérotonine.

Interventions sur le même thème : « Modifications électro-encéphalographiques provoquées par la réserpine chez l'homme », par Diego De Caro (de Cagliari) ; « Modifications électro-encéphalographiques dans le cours de la thérapeutique par la réserpine », par Giuseppe Tonini et Corrado Montanari (d'Imola) ; « Variations électro-encéphalographiques par la réserpine en neuropsychiatrie », par Gilberto Martelli (de Ferrare) ; « Sur l'action corticale des alcaloïdes totaux de la *Rauwolfia*. Données cliniques et électro-encéphalographiques au cours du traitement », par Bruno Bizzi (d'Imola).

Traitement par la réserpine de quelques toxicomanies,
par MM. Piero Benassi et Diego Fava (de Reggio Emilia)

Chez 35 alcooliques et 6 malades intoxiqués par les stupéfiants, la réserpine a donné une amélioration de l'excitation psychomotrice, de l'insomnie, de la dysphorie, de l'anxiété. L'association de l'ester méthylique de l'acide phényl-pipérydil-acétique a permis d'éviter certains effets secondaires (hypotension, bradycardie, somnolence).

Chlorpromazine et réserpine en psychiatrie,
par M. Fabio Visintini (de Parme)

La chlorpromazine provoque un effet atropinique sur le système activant ascendant de la formation réticulée, dont elle déprime l'activité. Au contraire, la réserpine détermine un effet acétylcholinique sur la formation réticulée et une action parasympathique centrale produisant un état de calme typiquement anabolique.

Interventions sur le même sujet : « Chlorpromazine et réserpine dans le traitement des psychopathies », par Offerto F. Bertolini (de Reggio Emilia) ; « La réserpine et la chlorpromazine dans les maladies mentales chroniques »,

par Glauco Carloni (d'Imola) ; « Peut-on comparer la réserpine à la chlorpromazine », par Jean Delay et Pierre Deniker (de Paris) ; il importe moins de comparer les deux médicaments entre eux que de tenter le traitement des divers états psychotiques et névrotiques dans un ordre logique ; « Observations de caractère technique sur la thérapeutique des schizophrènes chroniques avec la chlorpromazine », par Nereo Saglia (de Vérone) ; « Considérations générales sur l'usage de la chlorpromazine et de la réserpine dans le traitement d'environ 300 psychopathes », par Gabriele Tripi (de Trapani) ; « Amélioration surprenante d'une psychose chronique irréductible à la suite d'un traitement avec des doses élevées de chlorpromazine », par Bruno Bizzi (d'Imola) ; « Thérapeutiques psychiatriques modernes à base de ganglioplégiques et d'alcaloïdes de la *Rauwolfia serpentina* », par Mario Rossi (d'Ancône).

L'action combinée de la réserpine et de la chlorpromazine dans la pratique psychiatrique, par MM. Gian Carlo Réda et Vincenzo Germano (de Rome).

L'association des deux médicaments permet d'obtenir l'élimination ou l'atténuation des troubles secondaires et d'arriver à des résultats meilleurs et plus rapides. Les doses conseillées sont de 200-300 mgr. de chlorpromazine associés à 12,5-15 mgr. de réserpine ou de 600-800 mgr. de chlorpromazine associés à 2,5-5 mgr. de réserpine. G. Escalar et E. Balduzzi (de Varèse) font une communication, « Sur l'emploi de la chlorpromazine avec une thérapeutique antichoc ».

Traitement combiné de la réserpine avec les autres thérapeutique psychiatrique, par M. Giorgio Macchi (de Parme).

L'auteur a associé la réserpine à l'électro-choc, au coma insulinique, à la pyrétothérapie, à l'acétylcholinothérapie, à l'insuline sub-comateuse. Il y a souvent intérêt à adopter cette thérapeutique combinée.

Réserpine et psychothérapie,
par M. Tullio Bazzi (de Rome)

L'effet pharmacodynamique le plus net de la réserpine se manifeste par un état de somnolence et d'indifférence lié à une inhibition de l'activité psychique élémentaire. L'action psychothérapique varie suivant les réactions personnelles du malade.

Le texte des rapports, des communications et des interventions, enrichi de figures, de tracés, de tableaux, de courbes et de nombreuses références bibliographiques, est publié dans « Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria », 17e année, fasc. 2-3, mars-juin 1956, p. 115-684, après une introduction (p. IX-XI) de Fr. Agostino Gemelli.

V.-J. Durand.

Secondes journées neuro-psychiatriques péruviennes

(*Lima, 26-30 septembre 1955*)

Présidence : Dr. ESTÉBAN D. ROCCA

Les secondes journées neuro-psychiatriques nationales péruviennes se sont déroulées à Lima du 26 au 30 septembre 1955. Elles ont été organisées par la Société de neuro-psychiatrie et de médecine légale, sous la présidence du Dr Esteban D. Rocca.

RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

Directeur : professeur Honorio Delgado

1er Thème : A propos de la distribution au Pérou de la schizophrénie et des autres psychoses, par M. Juan Francisco Valéga (de Lima).

Il y a augmentation progressive de la schizophrénie, stabilisation de la psychose maniaque-dépressive, baisse de la paralysie générale.

2e Thème : Traitement de la schizophrénie,
par M. Mariano Querol (de Lima).

Les différentes méthodes sont passées en revue. De nouveaux progrès sont à espérer.

3e Thème : Formes atypiques de schizophrénie,
par M. Alfredo Saavedra (de Lima).

L'auteur étudie vingt observations de formes atypiques : sept endoréactives, treize formes atypiques proprement dites. Il en précise les caractères cliniques différentiels, montrant l'intérêt de la notion de formes endoréactives, ordinairement rebelles à la psychothérapie et aux méthodes de choc. Il en distingue plusieurs variétés : formes pseudo-névrotiques, formes avec troubles endocriniens, formes d'allure mélancolique, formes stimulant l'épilepsie.

4e Thème : Schizophrénie de l'âge infantile,
par M. Emilio Majluf (de Lima).

Dans l'apparition de l'affection, il faut considérer avec une attention particulière : la prédisposition somatique, les facteurs socio-psychologiques, les causes somatiques précipitantes.

RAPPORTS DE NEUROLOGIE

1re section : APOPLEXIE

Directeur : professeur J.-O. TRELLES

1er Thème : Clinique et radiologie,

1) *Clinique,* par Victor PAREDES (de Lima).

L'auteur, qui reprend la description des phases successives du syndrome, insiste sur les bases du diagnostic différentiel.

2) *Radiologie,* par Eliseo MONTEAGUDO (de Lima).

La meilleure méthode, au point de vue du diagnostic de l'apoplexie, de la localisation, de la reconnaissance de la nature des lésions est l'artériographie.

2e Thème : Anatomie pathologique, par Mme Olga PALACIOS (de Lima).

Il faut distinguer : hémorragie cérébrale proprement dite, ramollissement rouge, ramollissement blanc, thrombophlébite, hémorragie sous-arachnoïdienne par rupture d'un anévrysme. Dans l'hémorragie cérébrale, il y a quatre zones d'hémorragie proprement dite ; de confluence des capillaires avec manchons hématiques ; de ramollissement primordial ; de réaction tissulaire périphérique. L'infarctus rouge a deux zones : d'hémorragie et de ramollissement alternés ; de réaction tissulaire périphérique. Dans l'infarctus blanc, il y a également deux zones : foyer de ramollissement intense ; réaction vasculaire périphérique. Pour la thrombophlébite, on observe quatre zones : foyer hémorragique, zone de confluence massive de capillaires veineux, capillaires thrombosés et artérioles en bon état ; ramollissement ; réaction périphérique. Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, il y a ischémie par pression sur le cortex et formation de petites embolies dans les gros vaisseaux et les capillaires méningés et corticaux.

3e Thème : Physiopathologie, par M. S.-D. RŒDENBECK (de Lima).

Elle est très complexe, avec intervention de facteurs intra et extra-cérébraux, organiques et fonctionnels. Il n'est pas possible d'attribuer l'apoplexie cérébrale à une seule cause. Il faut étudier la pathogénie de chaque cas.

4e Thème : Traitement, par M. Gino COSTA (de Lima).

Les meilleurs vaso-dilatateurs sont : l'anhydride carbonique à 5 %, le chlorhydrate de papavérine et l'hydergine, l'histamine, les sels de penta- et d'hexaméthonium, la chlorpromazine, la cortisone. L'aminophylline et l'acétylcholine sont à éviter. L'acide nicotinique et le nitrite d'amyle sont de peu de valeur. La novocaïne pourrait servir à lutter contre l'œdème cérébral. Le blocage du ganglion étoilé est encore une méthode expérimentale. L'auteur distingue nettement les deux phases du traitement : à la période aiguë et à la période chronique.

2e *section :* Epilepsie

Directeur : Dr Jorge Voto Bernales.

1er Thème : Clinique, par M. Raul Jéri (de Lima).

L'auteur envïsage principalement les notions nouvellement acquises, décrivant la classification des divers types d'épilepsie et leur corrélation électrographique, la classification étiologique, les altérations anatomo-pathologiques observables. Il considère plus particulièrement : l'aphasie épileptique, les accès moteurs supplémentaires, les accès sensoriels secondaires, les accès viscéraux autonomes, les accès mésencéphaliques, les attaques centrencéphaliques, les manifestations psychiques (état oniroïde, automatismes, accès psychomoteurs, psychoses épileptiques, changements de la personnalité).

2e Thème : Physiopathologie, par M. Fernando Cabrieséès (de Lima).

Divers facteurs peuvent déclencher une convulsion dans le tissu nerveux : anoxie, hypoglycémie, avitaminoses, action de certains médicaments, électricité, etc. La capacité de convulsion est intrinsèque au tissu nerveux normal. La décharge électrique de la cellule nerveuse, ainsi que le transport de cette énergie par les fibres de conduction, ont une expression électrique qui peut être enregistrée. Le déroulement de la crise est lié aux connexions physiologiques de la zone atteinte, ainsi qu'au degré de propagation ultérieure de l'activité épileptique.

3e Thème : Electro-encéphalographie, par M. Jaime Roméro (de Lima).

Importante mise au point des derniers progrès en électro-physiologie et électro-encéphalographie dans leurs rapports avec les diverses formes d'épilepsie clinique.

4e Thème : Traitement, par M. Ernesto Bancalari (de Lima).

Classification des différents médicaments et de leurs indications respectives, de leur association. Mesures d'hygiène, régime alimentaire, conditions sociales, réadaptation au travail.

3e *section :* Tumeurs cérébrales

Directeur : Dr Esteban D. Rocca

1er Thème : Symptomatologie des tumeurs intracraniennes,
par M. Alfredo Delgado Nino de Guzman (de Lima).

Etude clinique soigneuse basée sur 260 cas observés à Lima. L'auteur oppose symptomatologie générale et symptomatologie focale. La première correspond au syndrome d'hypertension intracranienne, la seconde aux signes de localisation. Une description soigneuse en est faite.

2e Thème : 1) Histopathologie des tumeurs cérébrales,
par M. Jorge Campos Rey de Castro (de Lima).

Supérieure à celle de Bailey et Cushing et à celle de Del Rio Ortega, la classification de Kernohan est la plus pratique, basée sur la différenciation des cellules mûres du système nerveux en quatre types : astrocytes, cellules épendymaires, oligodendrocytes, neurones. C'est cette classification que l'auteur adopte pour sa description.

2) Histopathologie des méningiomes,
par M. Jorge Avendano (de Lima).

L'auteur préfère pour son étude la classification de Del Rio Ortega.

3e Thème : Diagnostic des tumeurs cérébrales,
par M. Juan Franco Ponce (de Lima).

Il faut souligner l'importance de l'observation clinique sur les techniques auxiliaires. Les nombreuses difficultés de diagnostic sont passées en revue. Des principes sont essentiels : ne pas perdre de temps, adopter des méthodes sans danger, éviter des interprétations erronées.

4e Thème : 1) Traitement chirurgical des tumeurs du cerveau,
par M. Francisco Alayza y Escardó (de Lima).

Importante mise à jour, signalant les différents progrès récemment accomplis, les précautions à prendre, la conduite à tenir dans les différents cas.

2) Traitement des tumeurs cérébrales par les radiations,
par Julio Bedoya (de Lima).

La radiothérapie est indiquée : dans les tumeurs hypophysaires, dans les angiomes et les anévrysmes, dans certaines tumeurs métastatiques. L'emploi de substances radioactives, introduites dans la tumeur, peut être très utile.

En plus des rapports précédents, furent présentées de nombreuses communications sur des sujets voisins de psychiatrie et de neurologie.

V.-J- Durand.

Journée de la santé mentale 1955

(*Paris, 26-27 novembre 1955*)

La séance d'ouverture fut marquée, après une allocution du Dr Bernard Lafay, ministre de la santé publique, sur les projets nouveaux concernant la prévention des troubles psychiques, par un discours du professeur Laugier, président de la Ligue d'hygiène mentale, évoquant quelques-uns des problèmes essentiels de l'heure actuelle. Puis furent présentés et discutés six rapports, établis par des commissions d'étude au sein desquelles se trouvaient réunis hygiénistes, psychiatres, architectes, syndicalistes, assistantes sociales, psychotechniciens, éducateurs, etc.

Rapports

Importance des facteurs psychologiques dans l'habitation populaire urbaine. Président de séance : Professeur Le Lorier.

Le rapport présenté par le Dr Danon-Boileau, au nom de la commission spéciale, est développé après une introduction du Dr Hazemann. L'étude porte d'abord sur les éléments du logement : surface, aménagement intérieur (chauffage, ventilation, eau, W.-C., lumière, bruits, sol), puis les parties communes de l'habitation (grenier, cave, escaliers, ascenseurs, etc.). Il est certain qu'une surface insuffisante, un équipement défectueux sont responsables des troubles réactionnels chez les différents membres de la famille. Les enfants en sont souvent victimes. Il y a augmentation marquée de la morbidité physique et psychique, de la dissociation familiale et de la délinquance. Les 42 mètres carrés prévus pour cinq personnes dans les normes des plans de construction sont insuffisants. Il faudrait au moins 80 mètres carrés. Le rapport envisage ensuite la question des abords de l'habitation : problème des poubelles, arbres et verdure, surfaces disponibles, aménagement des espaces, écoles, quartiers, commerce. Ces différents points sont susceptibles de répercussions dans le domaine de la santé psychique.

La reprise du travail.

Président de séance : M. Rivière, président de la M.G.E.N.

Le rapport de la commission, présenté par le Dr Veil, montre que l'interruption du travail, pendant un certain temps, est toujours un événement traumatisant. La reprise peut provoquer souvent des difficultés psychologiques. Envisageant successivement la reprise du travail après chômage, services militaires, accident du travail, maladie, le rapporteur montre la gravité particulière des cas de déficiences et d'invalidités physiques et psychiques, des sujets sortant de l'hôpital psychiatrique, du sanatorium ou d'un

établissement pénitentiaire. Il convient de créer des organismes destinés à permettre la réadaptation au travail sous forme, par exemple, d'ateliers protégés. De même, il faudrait réglementer le travail à temps partiel et admettre la création de certains emplois réservés.

Hygiène mentale d'une consultation.

Président de séance : professeur M. Fiamberti (de Varèse, Italie).

Présenté par le Dr Paumelle, le rapport de la commission précise les qualités techniques du service de consultation, sa rentabilité économique évoque l'importance d'une enquête auprès des malades, utilisateurs de la consultation, et surtout formule des propositions concrètes, analysant les conditions de réalisation. A l'aide de schémas et de plans, sont décrits les différents éléments de l'organisation pratique d'une consultation et, tout particulièrement, de celle d'hygiène mentale. Il faut calmer l'anxiété du malade qui vient demander l'aide du médecin ; un accueil bienveillant et cordial, des locaux agréables sont essentiels. Les soucis d'une bonne hygiène mentale peuvent être assez facilement conciliés avec la qualité technique des soins et la rentabilité.

Problèmes d'hygiène mentale posés par le travail hors du foyer de la mère de famille.

C'est Mme le Dr Favez-Boutonnier qui présenta le rapport établi par Mme le Dr Rousseau, au nom de la commission d'étude.

Depuis 1906, il apparaît que le nombre total de femmes actives est demeuré sensiblement stationnaire, en France, environ 4.500.000, dont 19 % de femmes mariées. Cependant, si l'effectif n'a pas bougé, il s'est opéré un déplacement vers les activités commerciales, libérales, et celles des services publics, aux dépens des occupations agricoles et ménagères. Cette modification de la répartition des professions féminines est une conséquence de la diminution du pouvoir d'achat, à tous les échelons sociaux, de l'insécurité économique, de l'augmentation des besoins, du désir d'émancipation de la femme dans le couple et de sa volonté d'indépendance. Une réaction d'opposition masculine a été observée, surtout dans les classes supérieures. Le travail des mères a pu agir sur l'enfant, mais moins qu'on ne l'avait pensé. La mortalité infantile a diminué à cause de l'élévation du degré de culture des femmes qui travaillent. Les conflits entre mère et enfant sont moins fréquents et moins graves. Mais, par contre, apparaissent des troubles psychiques liés à la tension psychologique provoquée par le rythme du travail : syndrome subjectif de fatigue, comme celui des téléphonistes, décrit par Le Guillant.

Hygiène mentale et éducation sanitaire.

Président de séance : Dr Raymond.

Le Dr Deniker présente le rapport de la commission, établi par le Dr Froment. Celui-ci étudie certains facteurs d'actualité, dans le domaine de l'éducation sanitaire, décrit les moyens de propagande mis à la disposition de celle-ci, attire l'attention sur le danger de certaines questions qu'il faut

éviter de traiter. Les associations d'anciens malades peuvent se montrer utiles pour l'information du public. Enfin, sont précisés les rapports de la propagande sanitaire et de l'éducation sanitaire, en particulier dans le domaine de l'hygiène mentale.

Hygiène mentale et cinéma

Le rapport de la commission est présenté par Mlle le Dr Th. Lempérière. On sait que le film peut exercer une très grande influence sur le psychisme du spectateur et modifier le climat psychologique de la vie collective. En particulier, la personnalité et le caractère des enfants, spécialement malléables, peuvent subir l'influence du cinéma. Cela indique la nécessité de prendre des mesures de protection appuyées sur de sérieuses études systématiques. Les problèmes posés par la question du cinéma spécialisé pour enfants mérite des recherches poussées. Il est de même indispensable de réviser le contrôle cinématographique.

Les rapports présentés aux journées de la santé mentale, ainsi que les interventions de nombreux orateurs au cours de la discussion consécutive, sont reproduits dans « L'hygiène mentale, 1956, n° 1, p. 1-162 ».

V.-J. Durand.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Une thérapeutique de l'alcoolisme, par Pierre Fouquet et Jean Clavreul. (Presses Universitaires de France, 1956). Un volume, 113 pages.

Ce petit livre, qui constitue un essai de psychothérapie éducative, est *incontestablement excellent.* Il s'adresse à la fois au malade et à sa famille sous forme de conversations ou de lettres et tente de placer le sujet devant sa propre personnalité, devant sa responsabilité et sa dignité, cela sans contrainte, sans ironie, sans reproche, en faisant appel seulement à son affectivité intelligente.

Ce livre a aussi l'avantage d'être bref, clair et bon marché, c'est-à-dire d'être facilement diffusible. Il s'efforce de convaincre l'intéressé de sa *maladie,* de ses causes et de ses conséquences : facteur toxique, facteur de tolérance, facteur psychologique, et des traitements obligatoires qui en découlent.

Dans un deuxième chapitre, il précise à son interlocuteur quels sont les éléments positifs de guérison et lui donne quelques conseils quant à la continuité de la post-cure.

A ce méritoire ouvrage, je ferai seulement deux petits reproches ; tout d'abord, il ne peut s'adresser qu'à des malades d'un certain niveau intellectuel et social. J'ai tenté, dès que je l'ai eu en mains, de le répandre parmi les alcooliques femmes de mon service de Sainte-Anne et j'ai retenu qu'il n'avait été assimilé que par un nombre restreint de sujets.

Je crois qu'il ne s'agit pas là d'un échec. Peut-être y aurait-il une autre édition à envisager pour un milieu plus fruste, en adoptant une dialectique identique mais beaucoup plus simple, moins littéraire. Un deuxième reproche est celui de n'avoir peut-être pas envisagé « les toxicomanies compensatrices » de l'abstinence d'alcool (les barbituriques ou les amphétamines en particulier). Je crois enfin que les auteurs ont commis quelque imprudence en signalant à leurs interlocuteurs, à la page 92, « le café comme boisson tonique tout à fait permise », car le café est un toxique féminin fréquent dont je constate souvent dans mon service les dégâts très voisins de ceux de l'alcool. J'ai débuté dans ma carrière comme médecin d'un hôpital psychiatrique du Nord-Est, qui recevait des malades d'un département où la cafetière bouillottait en permanence comme le samovar dans certains pays slaves, et je recevais parfois de véritables deliriums tremens caféiniques.

Paul Abély.

Études sur l'hystérie, par S. Freud et J. Breuer. Traduit par A. Berman. (Presses Universitaires de France, Paris, 1956). Un volume de 247 pages.

La première édition de ce livre parut en 1895, la seconde (celle d'aujourd'hui traduite) en 1908. Il s'agit donc de travaux qui datent maintenant de 46 ans. Ils représentent les bases de la future école de Vienne.

C'est alors que naquit le concept de l'hystérie traumatique. Les auteurs écrivaient : « Chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'accident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale. »

Dans le chapitre II de ce volume, on retrouve quelques célèbres observations : celle d'Anne O..., par Breuer ; celles de Emmy V. N..., de Lucy R..., de Katharina, d'Elisabeth V. R..., par Freud.

Dans un troisième chapitre, de la seule plume de Breuer, celui-ci expose ses considérations théoriques sur l'hystérie : théories des affects, la conversion hystérique, les états hypnoïdes et la dissociation du psychisme. Enfin, on y trouve une étude sur la prédisposition et la formation de l'hystérie (hérédité et traumas occasionnels).

Au quatrième chapitre, Freud détaille sa psychothérapie de l'hystérie, tout au moins d'après ses conceptions de cette époque. On y retrouve quelques concepts précieux à retenir et encore très valables, tel celui-ci : « L'hystérie ne constitue que l'une des faces, l'un des aspects de névroses complexes, et ne peut être décelée et traitée comme une névrose isolée que dans certains cas limités. L'hystérie n'est, le plus souvent, qu'une des composantes de quelque névrose mixte et le cas rappelle celui d'une infection par association microbienne, où la conservation de la vie se présente comme une lutte contre l'action, non d'un seul, mais de plusieurs éléments nocifs. »

Freud abandonna peu à peu la technique de l'hypnose et s'adressa à la méthode directement cathartique. De celle-ci, il montre toutes les phases, toutes les difficultés et aussi toutes les précautions qu'elle exige.

Il expose sa théorie des trois noyaux, des trois strates. Au cours de cet exposé, il émet quelques affirmations particulièrement intéressantes, telle celle-ci : « Le praticien est en droit d'exiger d'un hystérique des associations logiques, des motivations semblables à celles qu'il exigerait d'un individu normal. Dans le domaine de la névrose, les associations restent logiques. Il arrive que chez un névrosé, et particulièrement chez un hystérique, les chaînes d'associations donnent l'impression d'être disloquées et que les rapports d'intensité entre les différentes représentations paraissent ne pouvoir s'expliquer par les seuls motifs psychiques. Nous connaissons justement la raison de cette apparence, c'est l'existence de motifs cachés, inconscients. Nous sommes ainsi amenés à soupçonner la présence de semblables motifs secrets partout où nous décelons de pareilles lacunes dans les associations et où le degré d'action normal et justifié de la motivation se trouve dépassé. »

La lecture de ce livre déjà ancien n'a pas perdu de son intérêt et inspire encore maintes méditations.

Paul Abély.

Problèmes généraux de psychosomatique clinique, par R. Pierloot, docteur en médecine, licencié en psychologie. (Editions Nauwelaerts, Louvain, et Paris, 1956). Un volume de 268 pages.

Ce livre est écrit à la fois par un médecin et un psychologue, aussi découvre-t-on cette dualité tout au long de sa lecture. Pourvu d'une bibliographie particulièrement abondante, il constitue un véritable bréviaire de la conception psycho-somatique. Sa condensation et aussi son abondance, sa dialectique serrée, exigent qu'il soit lu intégralement, car une analyse globale en est assez malaisée.

L'auteur insiste, peut-être beaucoup, sur une notion qui, pour tout psychiatre, semble assez évidente, celle « de la totalité de l'être vivant ». Mais alors, pourquoi ne retient-il que le problème psycho-somatique sans citer au moins celui du somato-psychique ?

M. R. Pierloot se préoccupe de « systématiser » dans un sens psycho-somatique les données neurophysiologiques, pharmacodynamiques et endocrinologiques.

Fatalement, l'auteur aboutit ainsi à l'étude exclusive des névroses. Car, en effet, il n'y a pas de problème psycho-somatique par les psychoses, lesquelles sont essentiellement somato-psychiques. Il analyse les névroses « de conversion » (les névroses d'organes).

Parmi les diverses affections psycho-somatiques, il cite « l'asthme, la colite ulcéreuse, la colite muco-membraneuse, l'hypertension essentielle, l'ulcère gastrique ou duodénal, l'hyperthyroïdie, l'asthénie neuro-circulatoire, les maladies de la peau, la tuberculose pulmonaire, le glaucome, le diabète, le syndrome de Ménière, la polyarthrite chronique ».

Pour la majorité de ces affections, tout le monde est, je crois, à peu près d'accord. Pour les cinq dernières, la chose apparaît comme moins simple. Quant aux maladies de la peau, les dermatologues en avaient depuis longtemps signalé la fréquence, avec d'autant plus de raison qu'une même origine embryonnaire ectodermique pouvait en expliquer le rapport.

Les étiologies psycho-somatiques dérivant, d'après l'auteur, de processus endocrinologiques, sont elles aussi plus complexes qu'il ne semble l'admettre. Si la participation sous-corticale y est évidente, celle du psychique apparaît comme plus secondaire, et je ne crois pas que Sélye approuverait intégralement que sa conception des stress soit dominée par le psychique. Certes, il est incontestable qu'une libération anormale d'A.C.T.H. ou de cortisone soit, par exemple, responsable de certains ulcères de l'estomac comme l'a démontré l'utilisation imprudente de telles hormones. L'hyperadrénalinie est, elle aussi, responsable de pas mal d'œdèmes du poumon sans qu'une cause psycho-somatique entre en jeu.

M. R. Pierloot termine son travail par un assez court exposé de la psychothérapie des troubles somatiques. Il apporte quelques observations qui ne semblent pas entièrement concluantes.

Malgré ces quelques critiques, elles aussi certainement discutables, c'est avec un très grand intérêt que j'ai lu et relu le livre de M. R. Pierloot ; je le recommande à tous les psychiatres intéressés par ces conceptions nouvelles, avides de s'instruire et de se documenter.

Paul Abély.

Mes souvenirs sur Sigmand Freud, par Louis Binswanger. (1 vol., 120 p., éd. Francke, Barne, F.S. 7,90).

Sortant des presses juste au moment du centenaire de la naissance de Freud, cette élégante plaquette intéressera ceux qui veulent connaître les origines de la psychanalyse. C'est un livre de bonne foi. L'auteur, descendant d'une lignée de psychiatres de la Suisse Alémanique, étudiait la psychiatrie en 1906, sous Bleuler, alors entouré d'une pléiade de brillants élèves tels que H. W. Maier, K. Abraham, C. G. Jung, tous plus ou moins enthousiasmés par les nouveautés sorties de la plume de Freud, qui leur découvrait l'inconscient.

Jung conduisit l'auteur à Freud, à Vienne, en 1907. Entre les deux hommes, une amitié se noua qui dura jusqu'à la mort de Freud. Ils se rencontrèrent à Vienne, à Kreuzlingen, dans les congrès internationaux. L'auteur possède cent-une lettres de la main de Freud. Ce sont les souvenirs de ces rencontres, les longs extraits de ces lettres, qui font l'intérêt de l'ouvrage.

Ils nous apprennent à mieux connaître la personnalité de Freud, modèle des époux, père, grand-père, bon, sensible, humain. Il est vrai qu'il eut la chance d'avoir une femme aussi intelligente que dévouée, qui, avec sa sœur, qu'elle ne quitta jamais, écarta de Freud toutes les corvées de la vie pratique et sociale. Il eut aussi le grand bonheur que ses six enfants soient tous intelligents, gais et travailleurs. Nous mesurons sa douleur à la mort de sa fille aînée et de l'une de ses petites-filles, et son souci lorsque ses fils étaient au front, pendant la guerre, son existence précaire après la défaite, etc...

Nous y trouvons aussi Freud, chef d'école déployant des trésors de charme, d'indulgence, d'éloquence, pour attirer et conserver des disciples, devenant subitement caustique et dur lorsqu'il fallait éliminer un hérétique.

Les dix années de lutte solitaire, en butte à la moquerie et à la calomnie des milieux scientifiques viennois, puis, de langue allemande, jusqu'aux premiers disciples en Amérique, représentent une période héroïque. Le travail quotidien d'examens de malades, la rédaction des observations, les lectures innombrables, la conception et la rédaction de travaux nouveaux, les rééditions, la publication de deux revues, tout cela force l'admiration.

L'auteur décrit quelques psychanalyses qu'il pratiqua et que Freud corrigea par correspondance.

En route, on peut glaner quelques aphorismes de Freud extraits de ses propos ou de ses lettres, qui nous paraissent mériter d'être traduits. Au lecteur d'en apprécier la saveur.

La psychanalyse ? A la vérité, il n'y a rien à quoi l'homme soit moins préparé par son organisation. Cherchez toujours l'envers du symptôme conscient. Le doute de l'obsédé s'applique toujours à un objet réel, refoulé, caché par un objet de couverture.

Si la psychanalyse ne guérit pas toujours, du moins nous montre-t-elle bien pourquoi certains malades sont incurables.

L'Humanité savait bien qu'elle possédait l'Esprit, je lui ai appris qu'elle avait aussi des pulsions.

La Religion est née, c'est incontestable, du besoin d'aide et de l'angoisse de l'enfant et de la jeune humanité.

A l'auteur, qui le jour de ses 80 ans demandait à Freud pourquoi certains hommes atteints par le malheur ne perdaient pas leur équilibre, il répondit : « Affaire de constitution. La constitution est tout. ».

Fromenty.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le « Sentence preference » (The sentence preference test), par Hiroshi Okino, Ikuko Fukui et Takuya Sameshima (d'Osaka). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 3, décembre 1955, p. 218-225).

A titre de variante du « Sentence completion test », les auteurs proposent une nouvelle méthode, « Sentence preference test », dans laquelle le procédé du choix multiple est adopté. Ce test est pratiqué chez 831 enfants, établissant un groupe I comme groupe de contrôle. En vue d'obtenir une quantification objective, l'idée de la méthode de ressemblance maximale est adoptée. Les fréquences préférentielles des alternatives de chaque *item* de chaque choix multiple sont d'abord transformées en valeurs logarithmiques. D'après la différence des logarithmes, les valeurs sont comparées. Les distributions de fréquence des scores totaux bruts chez garçons et filles sont sensiblement les mêmes. L'échelle des scores bruts est convertie en échelle standard. Si on choisit un score Z de 55, comme « cut-off score », on voit que 90 % des « enfants-problèmes » sont intéressés, contre 30 % seulement des enfants du groupe de contrôle. Donc, l'emploi du test permet un dépistage des « enfants-problèmes ». De nombreuses applications sont donc possibles.

V.-J. Durand.

Schizophrènie et schizophasie (Esquizofrenia e esquizofasia), par Elso Arruda et José Gerscovich. (*Revista brasileira de saúde mental*, 1re année, n° 1, 1955, p. 81-119).

Les auteurs présentent un cas de schizophasie, à titre de manifestation prédominante chez un schizophrène paranoïde, puis font des considérations au sujet du problème du langage, son évolution et ses troubles jusqu'à la schizophasie. Dans le cas présenté, les symptômes se sont montrés caractéristiques, le patient se distingue par la manière extravagante, confuse, parfois comique, de raconter les faits et les détails de sa vie. Il utilise un vocabulaire particulier qui a exigé un véritable travail de déchiffrement pour être compris. Les auteurs ont pu alors élaborer un petit dictionnaire de termes nouveaux et de signification spéciale utilisés par le malade. Le symbolisme de ses paroles est évident. Il y a beaucoup de néologismes et de néographismes. Après examen de la capacité de jugement, de raisonnement et d'intelligence, il a été possible de reconnaître l'existence de la « pseudo-incohérence » de Teulié, manifestation typique de la schizophasie. Une utile comparaison est faite avec un schizophrène en désagrégation complète. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la paraphrénie. L'attention a été attirée par le caractère terminal de la schizophasie, fait déjà

signalé par Kræpelin. L'expression de « schizophrénie schizophasique » a été proposée pour rester en accord avec l'idée que la schizophasie, aussi bien que les symptômes paraphréniques, catatoniques et hébéphréniques doivent être mis en relief quand ils prédominent dans le tableau clinique de la schizophrénie. Les auteurs étudient ensuite le thème du langage, son développement, la possibilité d'un trouble du langage sans atteinte de l'idéation et du jugement. Le mot tend à valoir par lui-même quand un vocable déterminé n'apporte pas une structure réalisable par l'esprit, car ne correspondant à aucun objet valable, le jugement et la compréhension ne sont pas possibles. Les néologismes surgissent dans l'évolution naturelle d'une langue, dans la maladie mentale et, spécialement, dans la schizophasie. Les auteurs décrivent comment apparaît et se développe le tableau de la schizophasie. Ils montrent la ressemblance avec les productions des poètes et des écrivains symbolistes. Ils terminent par une ébauche d'interprétation dynamique du syndrome schizophasique, dans lequel l'état des affects, des instincts et la modification de la personnalité jouent un rôle important. Quand une personnalité rencontre normalement un obstacle à son expression naturelle, elle tend à obéir à une loi par laquelle surgit le symbolisme, afin que cette personnalité se manifeste de façon indirecte, dans l'impossibilité de se manifester directement. Quelques commentaires sont faits au sujet de l'interprétation de Schilder : la schizophasie serait le résultat du trouble de l'idéal du moi avec libération des plans sous-jacents de la personnalité. D'autre part, il faut distinguer le symbolisme (compréhensible et pénétrable) du parasymbolisme (incompréhensible, impénétrable). Le premier se voit dans la schizophasie, le second dans la schizophrénie avec détérioration et dans la paraphrénie fantastique. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Rythme saisonnier de la psychose chez la femme (Ritmo estacional da psicose na mulher), par I. Da Cunha Lopes (de Rio-de-Janeiro). (*Revista braisileira de saúde mental*, 1re année, n° 1, 1955, p. 7-22).

L'auteur étudie des données récentes sur les influences du rythme saisonnier dans l'apparition des maladies mentales. Il considère plus spécialement le cas du sexe féminin. Pour cela, il envisage les entrées de malades, de 1937 à 1940, à l'hôpital psychiatrique de Praia Vermelha. Pendant cette période, 4.364 admissions de femmes furent notées. La prédominance des saisons revient à l'été avec 26,9 %, suivi de l'automne (24,80 %), puis de l'hiver (24,70 %), enfin du printemps (23,50 %). La psychose maniaque-dépressive, prise dans son ensemble, montre une fréquence plus grande en été et au printemps, diminue en automne et recommence à monter en hiver. La périodicité est sous l'influence indubitable du rythme saisonnier. La schizophrénie révèle une fréquence maximale en été, minimale au printemps, avec un niveau moyen en automne et en hiver. L'épilepsie a une fréquence plus grande en hiver et à peine plus faible au printemps, diminuant en été et en automne. Les psychonévroses provoquent un plus grand nombre d'admissions en été. Il y a diminution de l'automne jusqu'au printemps. L'alcoolisme est à son maximum en été, assez élevé en hiver, plus rare en automne et surtout au printemps. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Problèmes sociaux de l'épilepsie (Problemas sociais da epilepsia), par Jurandyr Manfredini (de Rio-de-Janeiro). (*Revista brasileira de saúde mental*, 1re année, n° 1, 1955, p. 57-79).

Au point de vue social, la division des épileptiques en psychopathes et non-psychopathes est très importante. Il est nécessaire de combattre le préjugé de l'épilepsie-psychose, de bien savoir que de nombreux comitiaux n'ont aucune altération mentale. Parmi les problèmes sociaux particulièrement importants, l'auteur évoque ceux du mariage et de la profession. Insistant surtout sur le second point, il montre les possibilités du travail des épileptiques, rappelant les conclusions de l'enquête faite en Suède par C. H. Alström : 80 % des épileptiques non psychopathes se montrent socialement capables de travailler. Il faudrait envisager l'établissement d'une législation spéciale pour la protection de ces malades, étant donné qu'en général ils se marient et ont besoin d'un moyen de gagner leur vie : une motion est présentée au premier congrès latino-américain de la santé mentale, tenu à São-Paulo du 17 au 25 juillet 1954, en vue de demander la codification fixant le statut des épileptiques. Le texte intégral de la motion est reproduit. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Étude de quelques traits névrotiques (Estudo de alguns traços neuroticos), par Iracy Doyle). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, 1955, p. 386-406).

Comme l'a indiqué Karen Horney, il y a trois mouvements basiques possibles dans les relations interhumaines : mouvements d'approche (towards), d'opposition (against), d'éloignement et d'isolement (away). L'intervention de ces mouvements peut déterminer certaines attitudes, certains traits névrotiques. L'auteur en décrit quelques types, dont les mécanismes psychologiques sont exposés, les nuances cliniques précisées, l'évolution indiquée. Successivement sont étudiés : la dépendance névrotique, la timidité, les attitudes de peur, le pessimisme névrotique. L'application des conceptions psychanalytiques permet d'approfondir la connaissance de ces états, donnant parfois la possibilité, en précisant leurs conditions d'apparition, de les prévenir et de les soulager plus ou moins complètement. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Investigations avec la diéthylamide de l'acide lysergique (Investigações com a dietilamida do ácido lisérgico), par E. Portella Nunes. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, 1955, p. 407-418).

L'auteur administre, à intervalles d'une semaine, de la diéthylamide de l'acide lysergique et de la pervitine, à des malades mentaux se trouvant en rémission de tableaux psychotiques connus. La pervitine se montra capable de déclencher des schizophrénies et des psychoses maniaco-dépressives, qu'il n'était pas possible de différencier des tableaux endogènes antérieurement montrés par les malades. La diéthylamide de l'acide lysergique révéla une certaine polarité schizogène, mettant en marche des processus schizophréniques et conditionnant une symptomatologie schizophréniforme

même chez des malades présentant, auparavant, un tableau maniaque. Aucune des deux substances ne réussit à provoquer des troubles psychotiques chez un malade souffrant d'un épisode de delirium tremens. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'hérédité psychopathique. II. Oligophrénie gémellaire (L'ereditarietà psicopatica. II. Oligofrenia gemellare), par Antonino Carpitella (de Trapani). (*Rassegna di neuropsichiatria,* vol. 9, n° 3, mai-juin 1955, p. 159-171).

L'auteur présente deux couples de jumeaux atteints d'oligophrénie. Le premier couple concernait des jumeaux dizygotes, garçon et fille, celui-là nettement plus atteint au point de vue mental. Le second couple est formé de deux frères, sans doute monozygotes, pour l'un desquels l'oligophrénie est plus accentuée. Quelques considérations sont faites sur les psychoses gémellaires. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'hérédité psychopathique. III. Microcéphalie familiale (L'ereditarietà psicopatica. III. Microcefalia familiare), par Antonino Carpitella (de Trapani). (*Rassegna di neuropsichiatria,* vol. 9, n° 3, mai-juin 1955, p. 172-180).

Poursuivant son étude de l'hérédité psychopathique, l'auteur décrit trois cas de microcéphalie dont deux chez deux frères. Pour ces deux derniers, la famille était gravement tarée au point de vue neuropsychiatrique. D'autre part, devait être incriminée, en plus du facteur dégénératif, l'infection luétique du père. La troisième observation concernait un sujet appartenant également à une famille tarée, mais sans intervention d'élément infectieux. Dans les trois cas, l'oligophrénie était très accentuée, mais du même ordre que celle de plusieurs ascendants ou collatéraux. Trois figures.

V.-J. Durand.

Synopsis d'une systématique des cours morbides psychiatriques (Sinopsis de una sistemática de los cursos morbosos psiquiátricos), par Jorge Ordónez Sierra. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina,* vol. 1, n° 5, octobre 1955, p. 443-454).

L'auteur synthétise les différentes modalités d'évolution des tableaux psychiatriques, insistant sur le point de vue phénoménologique. Il distingue les tableaux définitivement inaltérables de ceux d'allure passagère et de ceux qui disparaissent sans séquelles. Il est possible d'établir les caractéristiques de chacun d'eux, les interprétant comme des unités supérieures à celles du tableau syndromique. Ils ont une plus grande indépendance. On peut décrire d'abord les tableaux permanents (quantitatifs et qualitatifs), puis les tableaux présentant un élément de variabilité (processus psychiques et organiques, développements), ensuite les attitudes, les crises, les psychodyschronies, les phases dans leurs diverses modalités et le grand

groupe des réactions psychiatriques, hétérogène comme étiologie, unitaire comme forme évolutive. Les états, les processus, les développements marquent une chronicité à différents niveaux. Les attitudes sont sur un plan intermédiaire. Les crises, les psychodyschronies, les réactions correspondent généralement à des tableaux aigus et temporaires. Il est nécessaire d'apprécier les facteurs rapidité, extension, intensité, fréquence, répercussion sociale du cas observé. Il est souvent très difficile de différencier et de classer beaucoup de formes. En principe, cependant, les états correspondent à des structures définitives, du substratum biologique, les processus à l'activité modificatrice morbide, les développements à l'accentuation progressive de dispositions spéciales, les attitudes à des modalités de conduite où le moi prend position, les crises à des précipitations supposant un changement de perspective en face des problèmes vitaux, les psychodyschronies à des altérations dans le temps d'évolution psychique, les phases à des oscillations fonctionnelles passagères du psychisme, les réactions enfin, à des réponses de l'organisme à différentes stimulations passagères qui créent une situation morbide passagère. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les schizophrènies et la diéthylamide D. lysergique (L S D 25). Variations de l'état d'âme (Las esquizofrenias y la dietilamida del acido d. lisergico (L S D 25). I. Variaciones del estado de ánimo), par Jorge J. Sauri et Amelia C. de Onorato. (*Acta neuro-psiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 5, octobre 1955, p. 469-476).

L'ingestion de diéthylamide de l'acide d. lysergique produit chez les schizophrènes une rupture de l'autisme par polarisation de l'état d'âme vers l'exaltation ou vers la dépression. La variation dans les coloris des dessins faits par les malades permet de montrer nettement cette modification de l'état d'âme. Il est également possible d'en prouver l'existence au moyen de l'analyse existentielle et phénoménologique. Un fait important est la nécessité d'une intervention extérieure, de la sollicitation d'une autre personne pour que la variation affective et la rupture de l'autisme apparaissent nettement. Six figures en couleurs. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la question des psychoses induites (Beitrage zur Frage der induzierten Psychosen), par Gyula Nyirö et Péter Friedrich (de Budapest). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 6, n° 1, mars 1956, p. 1-11).

Rappelant les classifications des psychoses induites, en particulier celle de Régis, les auteurs décrivent ensuite cinq groupes d'observations personnelles. Il s'agit respectivement de cas observés chez deux sœurs, chez quatre membres d'une famille (père, mère, fils, fille), chez deux sœurs et leur belle-sœur, chez un frère et une sœur, ainsi que chez leur mère, enfin chez un frère et une sœur. Les caractéristiques cliniques des psychoses induites, les conditions de leur apparition, les types évolutifs sont analysés. Les comparaisons sont faites avec les notions classiques.

V.-J. Durand.

Importance des analyses bio-chimiques en psychiatrie, par V. P. Protopopov (Kiev). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. LVI, fasc. IV, p. 281-287, Moscou, 1956).

Application de l'hormone adrénocorticotrope dans la clinique neuro-psychiatrique, par I. Haumanova, K. Varetskaïa et E. Maikovski. Clinique des maladies nerveuses de l'Académie de médecine de Varsovie. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. LVI, fasc. IV, p. 288-293, Moscou, 1956).

L'application de l'A.C.T.H. est justifiée dans les processus inflammatoires du système nerveux périphérique et du système nerveux central, en particulier lorsqu'il s'agit d'une origine rhumatismale ou dans le syndrome de Guillain-Barré et dans certaines formes de sclérose en plaques. L'A.C.T.H. ne peut en aucun cas être un traitement étiologique mais doit être considéré comme un traitement symptomatique ; on pourrait l'envisager ultérieurement comme complément d'un traitement étiologique. Enfin, il ne faut pas oublier que son application inhibe les mécanismes de défense de l'organisme ; cette notion doit rendre prudent dans son emploi.

J. Chambon.

Psychoses infectieuses, par T. P. Simson (Moscou). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. LVI, fasc. V, p. 389-394, Moscou).

L'auteur discute la pathogénie du délire aigu. Il souligne la notion d'étiologie infectieuse et l'intérêt de pouvoir appliquer une thérapeutique véritablement étiologique à base d'antibiotique, d'anti-histaminiques et d'extraits surrénaux et testiculaires. Par contre, il dénie toute base théorique aux traitements pratiqués en dehors de l'U.R.S.S. que sont l'électro-choc, le choc cardiazolique et l'insulinothérapie.

J. Chambon.

Étude des neuro-dermatoses par le Rorschach, par J.-M. White, A.-M. Jones et J. G. Ingham. (*Journal of Psychosomatic Research,* 1956, I, 1, pp. 84-93).

Les auteurs ont étudié au moyen du test de Rorschach 102 cas d'affections cutanées psychogènes : urticaire, prurit, prurit anal, eczéma, dyshydrose, neurodermatites, etc... Il ressort de cette étude qu'il n'y a pas apparemment de type de Rorschach particulier à chaque sorte d'affection ; cependant, certains types de réponses se retrouvent plus fréquemment dans certains groupes cliniques. Il serait possible, d'après les réponses enregistrées, de distinguer deux groupes d'affections : celles où existe un trouble fondamental de la personnalité, et celles où, avec une personnalité apparemment normale, les « stress » sont essentiellement extérieurs et acquis. On n'a pas noté de différence significative selon le sexe dans les différents groupes étudiés. Les résultats du test de Rorschach n'ont pas confirmé les vues selon lesquelles une hostilité refoulée aurait une importance étiologique quelconque dans les neurodermatoses, non plus, — à l'exception peut-être du prurit —, que les hypothèses selon lesquelles ces affections représenteraient un phénomène de conversion hystérique.

R. Ropert.

Relation entre l'anxiété et le niveau d'activité vaso-motrice périphérique, par Brian Ackner. (*Journal of Psychosomatic Research,* 1956, I, 1, pp. 21-48).

A la suite de l'étude critique précédente, Brian Ackner expose le résultat de ses recherches personnelles. Toute étude quantitative est compliquée par la difficulté d'évaluer le phénomène subjectif de l'émotion et de reproduire des états émotionnels comparables. La complexité de la physiologie circulatoire et l'inadéquation de nombreuses techniques pour l'étude des sujets présentant des troubles émotionnels doivent également être soulignées. Pour l'auteur, la phlétysmographie digitale offre le meilleur compromis entre la simplicité d'application et le sérieux de la méthode. Trois groupes de sujets ont été étudiés : l'un composé de malades dont les manifestations dominantes étaient à type d'anxiété, le second comprenant des maladies psychiatriques sans troubles anxieux, enfin un groupe de contrôle.

Parmi les trois groupes, l'accroissement très marqué de l'importance des pulsations pendant le sommeil provoqué par le séconal a permis de distinguer nettement le groupe des malades anxieux par rapport aux deux autres. La signification de ces données expérimentales est discutée. Ce travail clinique est complété par six tableaux, un exposé des résultats cliniques individuels et des types de tracés recueillis chez les différents sujets.

R. Ropert.

Le seuil de sédation considéré comme un moyen d'objectivation de l'anxiété dans les psycho-névroses, par Ch. Shagass et J. Naiman (*Journal of Psychosomatic Research,* 1956, I, 1, pp. 49-57).

Le « seuil de sédation », fondé sur l'étude de la réponse électro-encéphalographique et du comportement observé après injection intraveineuse d'amytal, peut constituer un index valable de la tension émotionnelle et de l'anxiété. Chez 121 malades atteints d'affections psychonévrotiques, le seuil de sédation a été trouvé nettement plus élevé que dans un groupe de contrôle de 45 sujets. Les seuils les plus élevés ont été ceux des états d'anxiété, puis des dépressions névrotiques, des névroses obsessionnelles, de l'hystérie d'angoisse. Les réponses obtenues par cette méthode confirment les travaux entrepris sur les syndromes névrotiques par d'autres méthodes, en particulier les études psychologiques de l'école d'Eysenck.

R. Ropert.

Possibilité de reproduire des attaques d'asthme psychogène, par E. Dekker et J. Groen. (*Journal of Psychosomatic Research,* 1956, I, 1, pp. 58-67).

Bien que le terrain psychologique des asthmatiques et certaines corrélations psycho-somatiques de l'asthme soient maintenant bien connues, le problème de la psychogénèse de certaines crises d'asthme, dont la littérature fournit d'incontestables exemples, n'a pas été étudié complètement sur le plan expérimental. Dekker et Groen ont étudié à ce sujet douze malades dans l'histoire desquels on trouvait des crises asthmatiques d'origine nettement émotionnelle. Ces malades ont été soumis d'abord à des tests de sensibilité cutanée et respiratoire selon les méthodes classiques. Dans la deuxième partie

de l'expérience, on a utilisé comme stimulus émotionnel celui qui apparaissait dominant dans l'histoire personnelle de chaque malade. Trois types de réactions ont été observés : 1) absence de réponse lors de la reproduction artificielle de la situation « asthmatogène » ; 2) diminution passagère de la capacité vitale accompagnée de symptômes mineurs ; 3) crises asthmatiques franches accompagnées d'une diminution considérable de la capacité vitale. Les caractères cliniques de ces crises étaient absolument identiques à ceux des attaques « spontanées » ou de celles provoquées par l'inhalation d'allergène. Des expériences de contrôle ont montré qu'il était impossible de séparer radicalement les crises d'asthme en « allergiques » et « psychogènes » ; chez de nombreux malades atteints de crises « allergiques », on a trouvé l'existence de facteurs psychologiques d'importance ; inversement, plusieurs malades ayant répondu de façon positive aux stimuli psychogènes, réagirent également à l'inhalation de certains allergènes.

R. Ropert.

Aspects socio-psychologiques de l'ulcère peptique, par Manfred Pflanz, Elsa Rosenstein et Thure von Uexküll. (*Journal of Psychosomatic Research,* 1956, I, 1, pp. 68-74).

Etude socio-psychologique poursuivie en Allemagne sur 45 sujets d'éducation, de profession, d'origine et d'âge différents, souffrant d'ulcère peptique. Les auteurs soulignent l'importance de la dissolution de certaines structures sociales, en particulier à la suite de la guerre ; dans cette optique, on notera que l'accroissement de la maladie ulcéreuse concerne surtout les grandes villes modernes, alors que les districts ruraux sont relativement épargnés. Ils notent également, dans une même perspective, les différences notables remarquées pendant la guerre entre les troupes engagées sur le front, les services de l'arrière et les services civils. Cette étude, dont les auteurs soulignent le caractère restreint, devrait susciter un accroissement des recherches dans ce sens dans différents pays.

R. Ropert.

Le facteur Rh. dans l'étiologie des maladies mentales, par G. Mazzeri. (*Névrasse,* 1955, n° 2).

Revue générale de l'état actuel de la question dans la littérature médicale contemporaine. L'auteur croit que Rh peut être responsable de syndromes extra-pyramidaux, mais sûrement pas de la dégénérescence hépatolenticulaire. Il est plus réservé en ce qui concerne les oligophrénies et la schizophrénie. Bibliographie.

L. Fromenty.

La cholestérinase sérique chez les alcooliques et dans la maladie de Parkinson, par P. Pappalardo et B. Buffa. (*Nevrasse* vol. 5, 1955, n° 2).

Le taux de cholestérinase du sérum est abaissé notablement chez 13 alcooliques, 15 épileptiques, 10 parkinsoniens.

L. Fromenty.

L'activité lisozymique du sérum chez les éthyliques, les épileptiques les parkinsoniens, par P. Pappalardo et B. Buffa. (*Nevrasse*, vol. 5, 1955 n° 2).

La lisozyme, ferment bactérien qui contribue à rendre l'organisme résistant aux infections et qui provient du tissu réticulo-endothélial, s'est trouvée très nettement diminuée dans ces trois catégories de malades.

L. Fromenty.

Réflexions à propos d'un cas de scorbut sporadique, par F. Blanc et Y. Nosny. (*Archives de médecine générale et tropicale,* t. XXXIII, n° 2, mars-avril 1956, pp. 39-56).

Observation intéressante par sa rareté actuelle et qui touche à la médecine mentale par les conditions d'apparition de la carence ascorbique (régime alimentaire spontanément choisi en fonction d'un comportement anormal que les auteurs n'ont pas étudié à fond) et par la composante psychique des troubles, avec note mélancolique. Il semble que les facteurs mentaux aient pu jouer un rôle d'appoint dans le déclenchement des épidémies de scorbut historique.

J. Alliez.

ENDOCRINOLOGIE

Un cas de syndrome adrénogénital avec présence de cellules sympathicotropes dans le hile des ovaires, par C. Hooft, J. Boddaert, H. Van Winckel et J. Valcke. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 1, mai 1956).

Les auteurs décrivent un cas de syndrome adrénogénital chez un enfant de sexe féminin, avec insuffisance surrénalienne. A l'autopsie, les surrénales apparaissent de poids normal, mais le cortex est exclusivement du type fœtal. Fait important, le hile de l'ovaire contient des îlots hyperplasiques de cellules sympathicotropes de Berger, dont la présence dans le syndrome adrénogénital a été décrite par Landing.

P. Abély.

Une observation de cortico-surrénalome malin avec gynécomastie, par MM. P. Guinet, J. Perrin, R. Béthoux, R. Mornex et J.-P. Pédard (Lyon). (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 1, mai 1956).

Il s'agit d'une gynécomastie évoluant chez un homme de 45 ans depuis neuf mois et symptomatique d'un cortico-surrénalome malin. La réaction mammaire doit être interprétée comme l'effet sur un récepteur prédisposé de l'hypersécrétion stéroïde pathologique. Il s'y associait des lésions d'atrophie de la lignée germinative testiculaire et des altérations leydigiennes, traduisant un effet d'inhibition des gonadotrophines.

P. Abély.

Une observation de cortico-surrénalome malin avec gynécomastie. Étude biochimique, par R. Bethoux, P. Guinet, J. Perrin, R. Mornex et J.-P. Pédard (Lyon). (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 1, mai 1956).

Cette deuxième observation complète la précédente et permet de rappeler les trois types principaux de cortico-surrénalomes malins, à sémiologie sexuelle, tels que les a décrits Jayle :

le premier est essentiellement virilisant : avec une augmentation importante, souvent massive, des androïdes explorés par le dosage des 17-cétostéroïdes, l'élévation se situe, d'une façon élective, dans la fraction β, dont la déhydroépiandrostérone représente l'élément majeur, et reste sans modification, tant sous l'effet de la cortisone que sous celui de l'A.C.T.H. Les 3-α-stéroïdes et le prégnandiol ne sont que peu élevés, tandis que l'élimination des phénolstéroïdes et celle des corticoïdes est à peine influencée ;

dans une deuxième forme, compliquée cliniquement d'un syndrome de Cushing, les corticoïdes, et mieux encore, les 17-hydroxycorticoïdes, sont spécifiquement augmentés ;

enfin, une troisième forme, féminisante, associe l'élévation des phénolstéroïdes et du prégnandiol, cependant que celle des 17-cétostéroïdes est irrégulière.

C'est dans cette dernière catégorie, de beaucoup la plus rare, que se range cette observation de cortico-surrénalome avec gynécomastie.

P. Abély.

Influences d'un régime alcalin et d'un régime acide sur les effets de l'implantation de comprimés de di-hydrofolliculine chez la lapine, par Pierre Brocq, Jean Verne et Paul-C.-J. Roth. (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 1, mai 1956).

Il ressort des expériences rapportées par les auteurs que l'adjonction au régime alimentaire de substances alcalines provoque, chez les lapines ayant reçu une importante surcharge œstrogénique, l'apparition de tumeurs fibromateuses sur les cornes utérines, alors que l'acidification du régime ne le permet pas, ce qui semble prouver :

1° que le pouvoir tumorigène de la dihydrofolliculine ne s'exerce qu'en milieu alcalin ;

2° que l'on peut modifier, expérimentalement, l'équilibre acido-basique des lapines, avec une certaine facilité.

P. Abély.

Existence d'une embryopathie prébasedowienne, par M. J. Ledérer. (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 1, mai 1956).

La fréquences des fausses-couches et des anomalies congénitales de l'enfant dans le passé des femmes basedowiennes met en lumière l'existence d'une anomalie existant plusieurs années avant l'éclosion de l'hyperthyroïdie.

La première idée qui vient à l'esprit est celle d'un trouble de la glycorégulation. Il semble qu'il n'en est rien.

Il faut surtout retenir un trouble nutritionnel de l'œuf d'une autre nature. Celui-ci est probablement la conséquence du terrain de déséquilibre endocrinien, sur lequel naît très souvent la maladie de Basedow et auquel participent l'hypophyse, l'ovaire et la surrénale. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser la nature de celui-ci.

P. Abély.

Dysgénésie gonadique avec aplasie génitale et morphologie eunuchoïde chez un sujet apparemment féminin, mais de sexe génétique mâle. par Jacques Decourt, J.-P. Michard, J. Louchart et J.-M. Doumic. (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 1, mai 1956).

De cette observation, les auteurs concluent que, dans le syndrome de Turner-Albright, un point reste inexpliqué : la coexistence de la dysgénésie gonadique avec des malformations somatiques diverses, notamment une insuffisance du développement statural, qui ne sont manifestement pas la conséquence de l'anomalie endocrinienne.

Aucune de ces dystrophies n'est d'ailleurs constante, si ce n'est la petite taille qui s'oppose à la morphologie eunuchoïde des insuffisances gonadiques primitives et pures. On peut concevoir que ce symptôme puisse également faire défaut.

C'est à cette éventualité, non encore signalée, que paraît répondre l'observation rapportée. Il s'agit d'un sujet de 18 ans 1/2, considéré comme du sexe féminin, en raison de la conformation de ses organes génitaux externes, demeurés par ailleurs infantiles. La cœlioscopie n'a permis de voir que des rudiments de gonaductes ou de canaux müllériens, sans ovaires, ni utérus. Il n'y avait pas de cavité vaginale. Le taux de F.S.H. dans l'urine était supérieur à 100 U.S. L'examen cytologique des cellules épidermiques a fait conclure que ce sujet était de sexe génétique mâle, comme la plupart des turnériens. Mais, il ne présentait aucune des autres dystrophies communément rencontrées dans le syndrome de Turner. Il avait, au contraire, une morphologie typiquement eunuchoïde, avec une taille supérieure à la moyenne.

P. Abély.

NEUROLOGIE

Spongioblastomes (glioblastomes) à formes multiples, par L. I. Smirnov (Section anatomo-pathologique de l'Institut de recherche scientifique neurochirurgicale, Moscou). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 3, p. 201-210, Moscou, 1956).

L'auteur tire la conclusion suivante : les spongioblastomes à formes multiples sont des néoformations malignes donnant assez souvent un tableau clinique d'affection inflammatoire ; par sa structure histologique, par les réactions tissulaires au voisinage et à distance et par les modifications générales d'ordre circulatoire et dystrophique du système nerveux, les spongioblastomes à formes multiples sont plus proches des granulomes infectieux que des véritables tumeurs. Au point de vue morphogénétique, ce groupe, qui comprend les spongioblastomes primitifs et les spongioblastomes secon-

daires, c'est-à-dire les astrocytomes dédifférenciés et les oligodendrogliobla-stomes dont les structures se modifient en donnant des structures de spongioblastomes à formes multiples et des tumeurs de caractère « bidermal » représentant dans la majorité des cas un mélange des structures du spongioblastome à formes multiples et de l'angioréticulosarcome. Les analyses anatomo-cliniques et expérimentales amènent à poser la question de l'origine virale des spongioblastomes à formes multiples.

J. Chambon.

Rôle compensateur du cortex au cours de tumeurs du tronc cérébral, par L. M. Doukhovnikov. (Clinique des maladies nerveuses de l'Institut médical stomatologique de Moscou). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 3, p. 211-217, Moscou, 1956).

Au cours des tumeurs du tronc cérébral à évolution lente, on voit se manifester nettement des suppléances de l'organisme ; l'auteur pense que le cortex interviendrait alors en permettant l'élaboration de nouveaux réflexes conditionnés. A l'appui de sa thèse, il cite trois observations particulièrement démonstratives.

J. Chambon.

Morphologie des tumeurs neuro-ectodermiques de la protubérance, par A. N. Agueiev. (Institut neurochirurgical de Léningrad). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 3, p. 218-223, Moscou, 1956).

1° Parmi les tumeurs neuro-ectodermiques de la protubérance, il faut distinguer les tumeurs tegmentaires et les tumeurs essentiellement basales. Dans les stades tardifs de l'évolution, les tumeurs tegmentaires infiltrent souvent la base de la protubérance, et les tumeurs basales, le toit. Au point de vue macroscopique, dans les tumeurs tegmentaires prédomine la déformation du plancher du IV^e^ ventricule et des angles latéraux et, en cas de localisation basale, la modification superficielle de la base de la protubérance et des pédoncules cérébelleux moyens.

2° Au point de vue histologique, la majorité des tumeurs neuro-ectodermiques de la protubérance concerne les spongioblastomes à formes multiples dont l'évolution est plus avancée que celle des mêmes tumeurs localisées dans le cortex.

3° La disproportion entre l'évolution histologique de la tumeur et sa symptomatologie clinique est caractéristique des tumeurs protubérantielles, ce qui s'expliquerait par la conservation relative des cellules et des fibres nerveuses dans la zone tumorale.

4° Les noyaux des nerfs craniens les plus fréquemment touchés sont ceux du trijumeau et du facial.

J. Chambon.

Les tumeurs neuro-ectodermiques de la protubérance, par F. P. Semenov (Chaire des maladies nerveuses de l'Institut médical de Gorki. (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 3, p. 224-230, Moscou, 1956).

Le tableau clinique des tumeurs protubérantielles peut être très voisin de celui des encéphalites touchant le tronc cérébral. Le diagnostic diffé-

rentiel en est souvent malaisé. En faveur de l'origine tumorale, on peut retenir une série d'arguments dans le tableau clinique de la maladie.

Les processus encéphalitiques se distinguent par une constitution plus rapide du tableau clinique et une régression nette au cours de l'évolution ; le début peut être fébrile et les signes en foyer sont souvent plus nets ; les troubles des différentes modalités de la sensibilité et les troubles auditifs sont plus fréquents que dans les tumeurs.

Le diagnostic différentiel entre tumeurs protubérantielles et tuberculome unique présente des difficultés, en particulier lorsqu'on ne possède pas de renseignements sur le contexte tuberculeux.

J. Chambon.

Cliniques des cranio-pharyngiomes, par E. A. Sanamian (Section clinique et chaire de neurochirurgie, Institut neurochirurgical de Léningrad et Institut de perfectionnement médical). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 231-235, Moscou, 1956).

L'auteur énonce une classification des craniopharyngiomes et rapporte 25 cas cliniques. Il insiste sur le rôle de l'hydrocéphalie par obstruction et de l'hypertension qui en résulte et souligne le rapport entre l'importance de l'hydrocéphalie et la direction de la tumeur. Il rappelle les syndromes diencéphalo-hypophysaires ; au cours des craniopharyngiomes, le retard de développement statural et l'arrêt de l'ossification seraient relativement fréquents. Le signe le plus caractéristique des craniopharyngiomes est l'apparition de calcifications dans la région de la selle turcique, visibles sur les radiographies. Le plus souvent, l'étendue de la tumeur débordait celle de l'ombre calcifiée.

Le traitement doit être chirurgical, suivi de la radiothérapie afin de neutraliser l'action des cellules tumorales restantes. Les résultats, dans douze cas, après une survie de dix ans, s'exprimaient par l'absence d'hydrocéphalie et d'hypertension, par une certaine récupération durable de l'acuité visuelle et un élargissement des limites du champ visuel.

J. Chambon.

Cholesteatome du cervelet, par M. K. Kokin et G. M. Bekker (Hôpital neuro-psychiatrique de la région d'Orel). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 236-239, Moscou, 1956).

Les auteurs rappellent la rareté de ce syndrome, en général découverte d'autopsie — 296 cas dans la littérature mondiale dont 61 dans la littérature russe. Ils rapportent un cas chez une femme de 52 ans, malade depuis vingt ans, ayant présenté un syndrome aigu depuis trois semaines avec céphalées, vertiges, perte de conscience, puis apparition de crises épileptiques et équivalents, et mort après un séjour de six ans à l'hôpital.

A l'autopsie, on découvre, dans l'hémisphère cérébelleux gauche, une tumeur de 5 cm. de côté, comprimant le plancher du IV^{e} ventricule ; il s'agissait d'un cholestéatome.

J. Chambon.

Particularités topographiques de la situation des métastases cancéreuses diffuses dans le système nerveux central, par I. P. Babkin. (*Clinique* des maladies nerveuses du premier institut médical de Léningrad). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, pp. 240-243, Moscou, 1956).

De cette observation, l'auteur tire argument pour réfuter l'hypothèse de Schamaus quant à l'immunité spécifique de la moelle, en ce qui concerne les métastases cancéreuses.

Il publie un cas d'infiltration métastatique diffuse du système nerveux avec atteinte de ses enveloppes à partir d'un cancer des voies biliaires chez un homme de 48 ans.

J. Chambon.

Particularités du syndrome hypertensif dans les métastases cancéreuses du cerveau, par P.-M. Alpérovitch et M.-V. Faingold. (Chaire des maladies nerveuses de l'Institut médical de Vinitsa). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 244-247, Moscou, 1956).

L'auteur rapporte 32 cas, d'après lesquels il conclut que les métastases cancéreuses peuvent être réparties dans n'importe quelle région du cerveau, mais surtout dans les hémisphères et particulièrement au pôle frontal.

J. Chambon.

Diagnostic des affections inflammatoires et des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, par A.-A. Goubyrine. (Chaire de neurologie de l'Institut médical de Gorki). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 248-252, Moscou, 1956).

Hydrocéphalie interne dans les tumeurs paraventriculaires, par L.-I. Lerman et E. I. Zlotnik. (Section neurochirurgicale de l'Institut de neurologie, neurochirurgie et physiothérapie de Russie blanche). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 253-256, Moscou, 1956).

Les auteurs discutent la pathogénie des hydrocéphalies au cours des tumeurs para-ventriculaires. Ils n'accordent qu'un rôle secondaire au facteur mécanique : occlusions par déplacement lié à la tumeur, mais par contre ils insistent sur le rôle d'une modification des plexus choroïdes des ventricules, due au voisinage de la tumeur, modification qui entraînerait une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. En fait, à une période tardive, les deux processus s'associeraient.

J. Chambon.

Observations sur l'érythème ultra-violet dans les tumeurs abcès et kystes du cerveau, par D.-G. Schaeffer et A.-A. Belouguine. (Clinique neurologique de l'Institut de Sverdlov). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 3, p. 262-264, Moscou, 1956).

Le cerveau joue un grand rôle dans l'élaboration de l'érythème ultra-violet et plus particulièrement le cortex et l'hypothalamus. C'est ainsi que, dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, qui s'accompagnent d'une

hypertension intracranienne importante, l'érythème ultra-violet est beaucoup moins apparent, après intervention neurochirurgicale ; la formation de l'érythème chez ces malades devient beaucoup plus apparente sur les deux hémicorps. Il est clair que l'hypertension intracranienne modifie le cours des processus normaux dans les régions supérieures du système nerveux, surtout en ce qui concerne l'inhibition des fonctions corticales, d'où une diminution de la formation d'érythème.

On pourrait trouver là un test complémentaire de diagnostic clinique des néo-formations corticales, test dont la base physiologique est évidente.

J. Chambon.

Ressemblances et différences des tumeurs et des processus inflammatoires de l'espace sous-tentoriel, par I.-M. Pavlowski. (Institut Neuro psychologique d'Ukraine, Karkov. Rapport au 4e congrès de neurochirurgie du 29-6-1953 à Rostov). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 3, p. 257-261, Moscou, 1956).

Il n'est pas possible d'opposer cliniquement tumeur et processus inflammatoires. Parfois, on peut s'appuyer sur des antécédents infectieux, en faveur d'un processus encéphalitique ; cependant, il ne faut pas oublier qu'infection ou traumatisme peuvent accélérer le développement d'une tumeur.

J. Chambon.

Application du benzimidazol, du gangléron et de l'atropine dans les syndromes hyperkinétiques, par N.-N. Anosov. (Léningrad). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 4, p. 315-318, Moscou, 1956).

L'association de ces trois corps, dont le gangléron, nouveau produit soviétique, a permis certains succès dans le spasme de torsion, là où l'atropine seule avait échoué.

J. Chambon.

Epilepsie myoclonique progressive familiale dans trois familles. Les caractères cliniques ; le terrain pathologique ; les aspects génétiques, par D. G. Harriman, J. H. Millar et A. Stevenson. (*Brain*, vol. 78, part. 3, septembre 1955, p. 325).

On note deux cas dans la famille A..., trois cas dans la famille B..., trois cas dans la famille C... Ils surviennent tous dans la même génération ; il s'agit d'une hérédité récessive. On n'y note pas d'autres cas d'épilepsie. Dans la famille C..., le père des malades et un de ses frères étaient atteints de parkinsonisme. Le début de l'affection a eu lieu à 14 ans dans la famille A..., entre 7 et 14 ans dans la famille B..., entre 19 et 27 ans dans la famille C... On note des pointes synchrones bilatérales dans les tracés électro-encéphalographiques associées aux myoclonies. Un seul cas a fait l'objet d'un examen anatomo-pathologique. Non seulement les corpuscules amyloïdes de Lafora ont été trouvés dans les diverses régions du cerveau, le locus niger et les noyaux dentelés, mais aussi dans le cœur et le foie sous forme d'une

substance intracellulaire présentant les mêmes propriétés colorantes que les corpuscules amyloïdes. Cette substance appartient au groupe des mucopoly-saccharides et semble provenir d'un trouble du métabolisme hydrocarboné intracellulaire. D'après une revue de la littérature, il résulte que le syndrome épileptique myoclonique peut apparaître dans d'autres conditions pathologiques dans lesquelles l'hérédité récessive est manifeste. Les troubles du métabolisme des lipoïdes, la dégénérescence cellulaire abiotrophique représentent ces conditions.

L. Marchand.

Données sémiologiques particulières dans un cas d'épilepsie temporale profonde (Reperti semeiotici particolari in un caso di epilessia temporale profonda), par C. Serra et S. Piro (de Naples). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 6, novembre-décembre 1955, p. 966-982).

Les auteurs présentent un cas d'épilepsie temporale profonde avec caractéristiques cliniques et données électro-encéphalographiques particulières. La symptomatologie clinique est marquée par quatre types de manifestations apparaissant par accès : brèves pertes de connaissance à type de pseudo-absence (absence temporale) ; représentations à caractère obsédant et impression de déplacement dans le temps ; crises violentes d'angoisse ; hallucinations olfactives et gustatives. Les électro-encéphalogrammes mettent en évidence un foyer d'éléments paroxystiques dans la zone temporale postérieure droite. Pendant la stimulation lumineuse intermittente, on note un ralentissement des rythmes avec la lumière blanche, un tableau d'entraînement à 10 cycles-seconde avec la lumière jaune, résultat confirmé pendant la photostimulation cardiazolique. La stimulation olfactive a déterminé une réaction d'arrêt avec réponse asymétrique sur les deux hémisphères ; retard plus grand à droite pour le retour du rythme alpha après stimulation de l'odorat par de la lavande et du jasmin. L'analyse des données cliniques et des résultats de l'électro-encéphalographie conduit à penser à l'existence d'un foyer temporal profond englobant la région rhinencéphalique et compromettant les formations optiques voisines (zone du corps genouillé externe). La technique électro-encéphalographique utilisée est recommandée comme méthode d'exploration neuro-physiologique des lésions temporales profondes et pour l'étude systématique des voies visuelles. Huit figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Maladie de von Recklinghausen avec un tableau de sclérose latérale amyotrophique et lacunes craniennes (Enfermedad de von Recklinghausen con un cuadro de esclerosis lateral amiotrofica y lagunas craneales), par J.-O. Trelles, S. D. Roedenbeck et A. M. Segovia. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 353-366).

La maladie de von Recklinghausen peut présenter des tableaux rares et atypiques. Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un. Il s'agit d'une malade de 15 ans, avec des antécédents familiaux permettant de retrouver des stigmates de la maladie. Elle est née avec des taches cutanées de couleur café au lait. A partir de 12 ans, elle montre des troubles neurologiques, des

douleurs, des parésies. Une paraplégie spasmodique s'installe progressivement avec des signes d'atteinte du faisceau pyramidal, déformations, troubles trophiques osseux et musculaires, main d'Aran-Duchenne, déformations squelettiques multiples et, surtout, existence de deux lacunes osseuses craniennes. Les auteurs étudient les relations possibles avec la dyslipoïdose cholestérinique (et spécialement la maladie de van Bogaert-Scherer-Epstein), le syndrome d'Albright et la sclérose latérale amyotrophique. Le mémoire se termine par une revue des cas publiés de neurogliomatoses encéphalo-médullaires et sur les lacunes osseuses craniennes au cours de la maladie de Recklinghausen. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Vieilles et nouvelles connaissances sur l'épilepsie du lobe temporal (Vecchie e nuove conoscenze su l'epilessia del lobo temporale), par Tommaso Senise (de Naples). (*Il cervello,* 32e année, n° 1, 15 janvier 1956, p. 65-99, et n° 2, 15 mars 1956, p. 147-211).

Dans cet important mémoire, l'auteur décrit les symptômes de l'épilepsie du lobe temporal, les divisant en : symptômes cardinaux (« dreamy state », hallucinations olfactives et gustatives) et symptômes complémentaires (automatisme moteur, sensations anormales, vertiges, état émotionnel particulier, hallucinations auditives et visuelles, etc.). Ensuite, il envisage de façon critique les données de l'électro-encéphalographie, en mettant bien en évidence les grandes difficultés d'une interprétation exacte des tracés. La seconde partie du travail est consacrée à une étude détaillée de la corne d'Ammon et de sa sclérose. En ce qui concerne les fonctions de cette formation anatomique, l'auteur montre qu'on ne sait rien de sûr et de précis, malgré de nombreuses recherches. De même, les problèmes de l'étiopathogénie de la sclérose de la corne d'Ammon et ceux des rapports entre cette sclérose et les phénomènes épileptiques sont loin d'être résolus malgré la variété des hypothèses émises. Pour terminer, l'auteur rappelle quelques données statistiques relatives à la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie temporale. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la physiopathogénie des lésions des nerfs périphériques. II Les coefficients de subordination dans la pathogénie du nerf facial (Contribución a la fisiopatogenia de las lesiones de los nervios periféricos. II. Los coeficientes de subordinación en la patogenia del nervio facial), par Juan E. Azcoaga. (*Acta neuropsiquiatrica argentina,* vol. 1, n° 5, octobre 1955, p. 455-468).

Une étude est faite de cent cas de paralysie faciale en appliquant la subordination comme un test différentiel entre la flaccidité, la contracture et le spasme. Les contrôles normaux présentent une tendance à la baisse du coefficient de subordination au-dessous de l'unité. La paralysie montre un coefficient de subordination égal à 1, ce qui confirme l'existence d'un blocage (parabiose de Wedensky). Les stades de contracture et de spasme donnent des coefficients au-dessus de 2, ce qui peut s'interpréter comme une augmentation de l'influence centrale. On discute la pathogénie de la contrac-

ture et du spasme en repoussant l'hypothèse de la dénervation et de la réinnervation. Les auteurs proposent l'explication suivante : de la zone bloquée partent des signaux qui arrivent au cortex cérébral, créant un foyer inerte d'excitation qui recrute un nombre plus grand de neurones dans le noyau protubérantiel du facial. La contracture, en soi-même, est une expression de l'état paradoxal de Wedensky ; le spasme est une forme de la facilitation de Wedensky. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Thrombophlébites intracraniennes sinusiennes et veineuses (Tromboflebitis intrakranijalnih sinusa i vena), par N. Hamel-Puškarić (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 3-4, 1955, p. 216-243).

L'auteur étudie les caractéristiques générales des thromboses veineuses cérébrales ainsi que les symptômes des thrombophlébites des sinus et des veines cérébrales. Le diagnostic différentiel est difficile et, cependant, un traitement antibiotique précoce est nécessaire, ainsi qu'une intervention chirurgicale. L'auteur envisage l'étiologie des thrombophlébites au cours d'infections latentes ou manifestes, les voies et les possibilités de la diffusion de l'infection aux sinus et aux veines du cerveau. Il décrit les lésions cérébrales consécutives à la thrombophlébite, ainsi que les états déficitaires résiduels sous forme de parésies et d'attaques épileptiques. La symptomatologie des thrombophlébites du post-partum et du post-abortum est particulièrement rappelée. Des confusions sont possibles avec l'éclampsie ou des embolies gazeuses. Les théories de la migration des thrombus pelviens sont évoquées. L'auteur cite les conceptions de certains, en particulier de Symonds, sur l'apparition du syndrome d'hypertension intracranienne au cours de la thrombophlébite cérébrale. Il décrit ensuite neuf cas personnels de cette affection. Dans le premier, il s'agissait d'une complication au cours d'une thrombophlébite des extrémités. Le diagnostic fut fait seulement à l'autopsie. Dans les autres cas, au contraire, il fut possible par des examens complémentaires. Dans le troisième et le quatrième s'observèrent une hémiparésie et un syndrome de Kojewnikov ; dans le cinquième, une hypertension intracranienne ; dans le sixième, après un processus expansif cérébral, une hémiparésie spastique et une épilepsie ; dans le septième, avec thrombophlébite du sinus caverneux droit, au cours d'une infection latente, une extension au sinus inter-caverneux ; enfin, dans les deux derniers cas, une thrombophlébite du post-partum. La meilleure connaissance des variantes de la symptomatologie clinique a rendu possible, plus souvent qu'auparavant, de diagnostiquer les thrombophlébites intracraniennes. Figure. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude clinico-pathologique de dix cas de glioblastome multiforme (Clinico-pathologic study of ten cases with glioblastoma multiforme), par Sigeru Okamura (de Niigata). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 3, décembre 1955, p. 253-262).

Dans le département neurologique de l'Ecole de médecine de l'Université de Niigata, de 1932 à 1953, il y a eu 220 malades présentant des tumeurs

intracraniennes vérifiées. Parmi eux, 87 (39,5 %) avaient des gliomes. Les dix malades qui souffraient de glioblastomes multiformes vérifiés comprenaient 11,5 % des gliomes et seulement 4,5 % de l'ensemble des tumeurs intracraniennes. La proportion anormalement faible de cette série, en comparaison des statistiques européennes et américaines, suggère une différence raciale possible dans l'incidence de cette tumeur. Dans l'étude de ces dix cas, les auteurs trouvèrent une relation entre les caractéristiques pathologiques et la longévité des malades. Ils divisent les glioblastomes multiformes en deux sous-groupes. La différence de la longévité entre ces deux sous-groupes est si grande qu'elle peut suggérer qu'il s'agit de deux types absolument différents de tumeurs. Le nombre des cas observés est trop limité pour que des conclusions définitives soient possibles. Cependant, les auteurs pensent que la subdivision des glioblastomes multiformes en deux groupes pathologiques peut être de grande utilité pour déterminer la conduite à tenir et poser le pronostic de l'affection. Tableaux. Figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Quelques expériences avec la stimulation photique et l'activation photométrazolique dans l'examen électro-encéphalographique en cas de tumeur cérébrale (Some experiences with the photic stimulation and photometrazol activation in E.E.G. examination in cases of brain tumor), par Yukio Ochi et Kazuki Sakata (de Kyoto). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 3, décembre 1955, p. 243-252).

Se basant sur des essais de stimulation photique et d'activation photométrazolique au cours de l'examen électro-encéphalographique dans quinze cas de tumeurs cérébrales et d'hématome sous-dural, les auteurs estiment qu'il s'agit là de méthodes de valeur pour l'étude de lésions organiques cérébrales. Cependant, ils font remarquer qu'il y a une limitation dans leur utilité à cause de l'inconstance des résultats obtenus. Douze figures.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des différentes altérations cérébrales du grand âge, par F. Morel et E. Wildi (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 76, fasc. 1-2, 1955, p. 174-223).

Pour l'analyse de divers travaux anatomo-pathologiques faits à la clinique du Bel-Air sur les affections du grand âge, les auteurs ont essayé de montrer que les recherches statistiques font ressortir un système topographique précis, particulier à chaque lésion, dépendant de facteurs localisateurs souvent extrêmement rigoureux. L'existence d'un système topographique dans chacune des différentes affections vasculaires dégénératives considérées est une notion nouvelle sur laquelle il faut insister. Le facteur hasard, qu'il était possible d'admettre pour le siège de certaines lésions, perd de son importance au fur et à mesure que se perfectionne l'analyse et que se multiplient les observations. Il apparaît particulièrement important de savoir que toutes les lésions dont les auteurs se sont occupés, de la lésion cellulaire d'Alzheimer au placard massif d'artériosclérose, se développent selon des lois de plus en plus vraisemblablement préétablies. Il faut donc

reconsidérer le vaste problème des dégénérescences cérébrales de la vieillesse. Les cerveaux, à cet âge, ne sont pas soumis à une atrophie dégénérative globale, mais, au contraire, à des atrophies dégénératives de système, au même titre que la maladie de Pick, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique. Les affections cérébrales de la vieillesse se distinguent de ces dernières maladies, notamment par leur apparition à un âge avancé. La neuropathologie est une science encore trop jeune pour avoir permis l'étude anatomo-pathologique cérébrale systématique de plusieurs générations dans une même lignée généalogique. C'est seulement par l'accumulation de tels documents, permettant une étude à la fois anatomo-pathologique et génétique, que pourront s'éclairer les obscurs problèmes des lointains effets de la constitution héréditaire et des apports de milieu au cours d'une existence. Il apparaît légitime d'entrevoir qu'à un tel stade de connaissance pourra correspondre une prophylaxie, soit eugénique, soit individuelle du vieillissement cérébral pathologique. Au cours de leur importante étude, les auteurs envisagent successivement les caractères macroscopiques de l'atrophie cérébrale (sénile et présénile), l'état des ventricules cérébraux dans la vieillesse, les angiopathies cérébrales, l'artériosclérose cérébrale, l'angiopathie congophile et l'angiopathie dyshorique, la répercussion des angiopathies sur le cerveau, les plaques séniles, les lésions d'Alzheimer. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur les altérations de l'écorce cérébrale dans quelques cas de microcéphalie, par M. Minkowski (de Zurich). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 76, fasc. 1-2, 1955, p. 110-173).

Il s'agit ici d'une communication faite à Madrid le 20 novembre 1952 au colloque scientifique international organisé à l'occasion du premier centenaire de la naissance de Santiago Ramon y Cajal. L'auteur fait une étude anatomique et histologique très détaillée de trois cas de microcéphalie. Le premier, décrit par H. Vogt en 1905, enfant de 22 mois avec microcéphalie grave, synostose précoce de tous les os plats du crâne, pachyméningite hémorragique interne circonscrite. Il y avait macro- et pachygyrie bilatérale avec nombreuses hétérotopies de substance grise dans la substance blanche du cerveau, dans les parois ventriculaires, au voisinage immédiat des ganglions de la base, ainsi que dans l'écorce même. Le deuxième cas était celui d'une malade, étudiée par Otto Hilty en 1906, puis par M. Tramer en 1914 : microcéphalie vraie, grave, avec une circonférence cranienne de 39 cm. et un cerveau pesant 370 grammes, chez une idiote de degré moyen, ayant atteint l'âge de 49 ans. Il y avait hypoplasie grave du cerveau avec de nombreuses hétérotopies sous-corticales de substance grise. Le troisième malade, enfin, était un enfant de quatre mois, observé en 1926 par Constantin von Monakow. Il présentait une microcéphalie vraie avec un cerveau de 25 grammes. L'écorce était très peu différenciée, montrant des cellules ganglionnaires aux différents stades de développement. C'est un exemple de dysplasie compliquée, qui s'étend par étapes successives à une période prolongée du niveau pré- et post-natal. Analysant ces trois cas, l'auteur montre l'énorme diversité des formes morphologiques et cliniques de la microcéphalie ou de la micrencéphalie. L'étiologie est souvent obscure. Très important est le facteur temporel, c'est-à-dire le moment du développement où apparaît l'arrêt ou la

déviation dysplasique. Si l'on considère la structure des différentes couches corticales, la complexité des anomalies cellulaires et fibrillaires apparaît encore plus grande. On peut admettre à côté d'un arrêt, d'un ralentissement ou d'un déficit évolutif, des phénomènes corrélatifs de développement excessif d'autres éléments. Un fait important est la coexistence dans les formations dysplasiques cérébrales de phases évolutives différentes les unes des autres. Il y a également discordance de phases évolutives entre la morpho logie extérieure macroscopique du cerveau et la structure microscopique de son cortex. Vingt et une figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le syndrome myasthénique comme expression d'un trouble métabolique complexe (Das myasthenische Syndrom als Ausdruck einer Komplexen Stoffwechselstörung), par Gérald Grinschel (de Gratz). (*Neuropsihijatrijà*, Zagreb, vol. 3, n° 3-4, 1955, p. 169-180).

La myasthénie représente un trouble métabolique complexe dont les causes sont très mal connues et dont les manifestations surviennent surtout dans la région de la liaison neuro-musculaire, ainsi que dans les fibres musculaires elles-mêmes. On peut trouver dans de nombreux cas une corrélation entre les glandes endocrines (thyroïde, thyroïde accessoire, cortex des capsules surrénales, gonades) et la production du syndrome myasthénique. Dans la moitié des cas environ, observés par l'auteur, il y avait persistance du thymus, hyperplasie ou tumeur de cette formation. Le trouble métabolique peut être soumis à l'influence du système nerveux central. Il paraît possible d'admettre, à titre d'hypothèse, la production de substance curarisante. Il n'a pas été donné de trouver de modifications typiques du sérum sanguin ou des urines, ni de changement dans l'activité des cholinestérases. En l'absence de signes cliniques évidents, le diagnostic pourrait seulement s'appuyer sur des méthodes complémentaires (test de curare, réaction myasthénique, test à la prostigmine, etc.).

Il n'y a pas de traitement étiologique. La thérapeutique conservatrice est limitée à une inhibition de la désassimilation ou à une stimulation de la synthèse d'acétylcholine. Elle a seulement alors un effet symptomatique. Des opérations (dénervation du sinus carotidien et thymectomie) conduisent à une amélioration remarquable, mais souvent transitoire. En se basant sur la physiopathologie, qui montre des facteurs variés agissant sur le métabolisme, on peut admettre que la myasthénie ne représente pas une maladie autonome, *sui generis*, mais qu'une dysfonction métabolique de nature complexe et pathogéniquement variable, conduit au syndrome myasthénique. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Corps étranger (pointe de lame de couteau) retenu dans l'encéphale (Corpo estraneo (punta di lama di coltello) ritenuto nell' encefalo), par G. Amelotti (de Gênes). (*Medicina legale e delle assicurazioni*, vol. 3, fasc. 1-2, 1955, p. 141-149).

L'auteur décrit le cas d'une jeune femme ayant la pointe d'une lame de couteau plantée profondément dans l'encéphale. Après avoir montré la rareté d'une telle lésion, l'auteur fait quelques commentaires sur l'évalua-

tion du dommage souffert en relation avec l'importance actuelle de l'atteinte cérébrale précisée par la ventriculographie. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Recherche expérimentale autour du processus configuratif noético-perceptif chez les aphasiques (Investigacion experimental acerca del proceso configurativo noetico-perceptivo en los afasicos), par Leopoldo Hipolito Chiappo. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 3, septembre 1955, p. 304-342).

Dans ce travail, sont rapportés les premiers résultats d'expériences au cours desquelles étaient montrés à 14 aphasiques des dessins schématiques. Il est ainsi possible de connaître le degré et la qualité du trouble des fonctions d'élaboration et d'intégration significative des apports sensoriels visuels chez des sujets exempts de symptômes agnosiques. Les types suivants de réponse anormale ont été trouvés : configuration retardée, appréhension concrète élémentaire, appréhension concrète primaire, configuration fragmentaire et compréhension réduite de la situation. Dans le groupe de contrôle constitué par cent sujets normaux, de niveau intellectuel et de profession variables, aucun signe pathologique n'a été observé. Les réponses anormales permettent de supposer l'existence de troubles dans les fonctions suivantes de la pensée : élaboration active, abstraction, intégration, formalisation et fonction symbolique. On peut supposer que le trouble noétique et perceptif n'est qu'un symptôme agnosique de fond, qui peut être en relation causale avec la perturbation de la fonction globale du cerveau. En cas de lésion de l'hémisphère mineur, il n'a pas été noté de réponses anormales. L'auteur pense qu'aucune fonction psychologique altérée ne peut être considérée comme le trouble fondamental de l'aphasie. Reproductions réduites des planches originales. Bibliographie importante.

V.-J. Durand.

Encéphalite subaiguë progressive. Constatations cliniques et électro-encéphalographies dans 23 cas, par A.-M. Hamon, H. Herngreen, W. Storm van Leeuwen et O. Magnus. (*Revue neurologique*, t. 94, n° 2, février 1956, p. 109).

L'encéphalite subaiguë progressive a été observée chez des enfants et des adolescents dont l'âge variait de 3 à 18 ans, le plus souvent entre 6 et 9 ans. Les symptômes les plus importants sont : détérioration mentale, spasmes et pertes périodiques du tonus statique accompagnés de paroxysmes périodiques électro-encéphalographiques. Le pronostic est fatal. Les altérations du liquide céphalo-rachidien sont du type démyélinisant, c'est-à-dire que les courbes de Lange, du benjoin et du mastic sont très pathologiques. Cette maladie a été d'abord confondue avec l'encéphalite périaxiale diffuse de Schilder-Foix. Il est difficile de définir les éléments caractéristiques des constatations électro-encéphalographiques. Les éléments les plus constants sont les ondes lentes paroxystiques de grande amplitude survenant périodiquement avec un intervalle d'environ 4 à 20 s. Les auteurs supposent que ces paroxysmes correspondent à un changement périodique de l'excitabilité du cortex, de certaines structures sous-corticales et de la moelle. Dans le seul cas de leur série où ils ont été examinés, le système réticulaire et les noyaux intralaminaires étaient intacts.

L. Marchand.

Recherches électro-encéphalographiques sur l'accès convulsif expérimental, par A. Kreindler, V. Voiculesco, R. Brostcanu, J. Voinesco et V. Nestianu. (*Revue neurologique,* t. 94, n° 2, février 1956, 1er semestre).

Les auteurs ont employé la méthode électro-cérébrographique. Les expériences ont été exécutées sur 89 chats. Les électrodes étaient introduites dans le cerveau par un orifice fait dans la calotte cranienne à l'aide d'une aiguille de gramophone. Chez 16 chats, des lésions du thalamus avaient été produites deux mois avant l'expérience ; chez les autres, des lésions de l'hypothalamus. La crise convulsive a été provoquée par électro-chocs et aussi par injection intraveineuse de pyramidon. Les auteurs rapportent leurs résultats concernant les particularités de l'activité électrique du cerveau en rapport avec le type de l'accès convulsif. Il paraît exister une étroite relation entre l'aspect des potentiels du cerveau et le type général de la crise ; il n'en existe pas la moindre entre ces potentiels et l'aspect tonique ou clonique. Abordant le complexe pointe-onde, les aspects les plus typiques apparaissent autour de 3 c./s. ; la fréquence des pointes est supérieure à celle des ondes, ce qui plaiderait pour une origine différente. Il ne faut pas lier le complexe pointe-onde à une formation anatomique définie (cortex ou thalamus) ; il représente un mode de réaction bioélectrique commun à différents territoires qui interfèrent entre eux ; l'interférence dans le petit mal se produirait dans le thalamus ; dans le grand mal, elle serait à prédominance corticale. Au cours de leurs travaux, les auteurs ont souvent rencontré pendant la crise un type particulier de potentiels cérébraux qu'ils dénomment « rythme en dents de peigne ». Dans le cadre de la physiopathologie de l'accès convulsif, ils observent trois mécanismes : le déclenchement, le développement auto-entretenu et l'arrêt. En ce qui concerne le déclenchement spontané d'une crise, ils ne l'ont observé que chez des animaux qui présentaient des lésions thalamiques et surtout du noyau centro-médian. De même que pour les accès d'épilepsie de l'homme, on observe que la crise électrique précède la crise clinique.

L. Marchand.

Sur deux cas d'ecchynococcose du système nerveux central, par T. Corbella et G. Ramella. (*Neuropsychiatria,* Gênes, 11e année, fasc. 3).

Le premier avait des kystes multiples du cerveau, ayant provoqué de l'aphrasie. Le deuxième avait des kystes des IIIe et IVe vertèbres dorsales, ayant provoqué une paraplégie.

L. Fromenty.

Un appareil pour l'étude de l'action des courants de basse fréquence sur les tissus nerveux, par G. Pescetto, L. Guigni et G. Biorci. (*Neuropsychiatria,* Gênes, 11e année, fasc. 3).

Désireux de perfectionner l'étude de ces courants, les auteurs ont construit un appareil débitant des courants de fréquence et de tension variables, permettant d'obtenir des courbes de tracé très différentes.

L. Fromenty.

Hématome subdural diagnostiqué par l'angiographie cérébrale, par P. Dogliani. (*Névrasse*, vol. 5, 1955, n° 2).

L. Fromenty.

Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des méningo-encéphalites provoquées par les antibiotiques, par P. Dogliani.

Méningo-encéphalite consécutive à un traitement d'une angine par les antibiotiques. Etude anatomo-pathologique exhaustive. Œdème cérébral, lepto-méningite, hépatite et néphrite sont les éléments caractéristiques de l'atteinte organique par les sulfamides et la streptomycine. La cause de la fragilité spéciale de la maladie ne semble pas avoir été connue.

L. Fromenty.

Les modifications de l'uricémie dans les thérapies convulsivantes, par P. Dogliani. (*Névrasse*, vol. 5, 1955, n° 2).

L'auteur a constaté sa grande variation suivant les sujets sans aboutir à aucune conclusion systématique.

L. Fromenty.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Le syndrome de l'hyperventilation, par Fr. Ames. (*The Journal of Mental Science*, vol. 101, n° 424, juillet 1955, p. 466).

L'auteur a fait porter ses recherches sur 40 malades. Il a précisé, non seulement les manifestations cliniques du syndrome hyperventilation, mais aussi les mécanismes physiologiques. Dans beaucoup de cas, un état émotif est responsable de ce syndrome. La plupart des sujets ne restent pas calmes durant l'accès et éprouvent quelque soulagement en exécutant des mouvements. Ils ont conscience d'un trouble respiratoire, mais non de leur hyperventilation. Les symptômes les plus communs sont les vertiges, les troubles visuels, un sentiment d'irréalité. Des modifications électro-encéphalographiques s'observent et l'auteur en décrit quatre formes : 1° la plus commune consiste en une apparition de haut voltage avec rythme delta ; 38 % des sujets normaux la présentent ; 2° une augmentation de l'amplitude du rythme de repos ; 3° des rythmes rapides ; 4° des rythmes rapides et lents avec présence de pointes-ondes caractéristiques de l'épilepsie. Au cours du syndrome hyperventilation, il y a diminution de la circulation sanguine cérébrale d'environ 30 %. Les troubles périphériques consistent en paresthésies, secousses dans les mains et les pieds et parfois des spasmes tétaniques. Les troubles circulatoires comprennent des douleurs précordiales, des palpitations, du refroidissement des extrémités. Tous ces symptômes s'aggravent si le sujet est émotionné. Trois mécanismes physiologiques résultent de l'hyperpnée : 1° l'augmentation de l'alcalinité sanguine ; 2° un réflexe périphérique vaso-constricteur ; 3° des effets circulatoires dus aux efforts musculaires durant l'hyperpnée. Un quatrième facteur peut aussi être invoqué, c'est l'augmentation de la production d'adrénaline agissant comme stimulant respiratoire.

L. Marchand.

Les effets biologiques du traitement de l'épilepsie, de l'alcoolisme, et des états parkinsoniens contrôlés par la bilirubinémie, par P. Pappalardo et B. Buffa. (*Nevrasse*, vol. 5, 1955, n° 2).

L. Fromenty.

Recherches expérimentales sur le radar-Note I : Étude de l'action thermogène sur l'encéphale humain non-vivant de l'onde de radar et des rayons infra-rouges. (*Neuropsychiatria* (Gênes), II[e] année, fasc. 3).

Les auteurs ont constaté l'effet thermogène important et pénétrant des micro-ondes radar, des ondes courtes, sur l'encéphale frais du cadavre, ainsi que sur l'encéphale récemment fixé au formol ; le réchauffement augmente régulièrement pendant douze heures. Par contre, les ondes infra-rouges ne produisent pas de réchauffement appréciable.

L. Fromenty.

Recherche biologique chez les psychopathes. Fluctuations nycthémérales de la glutationémie, par E. Zara et E. Buondonno. (*Neuropsychiatria* Gênes, 11[e] année fasc. 3).

Les auteurs ont étudié la fluctuation du taux de glutation dans le sang pendant le sommeil. Ils interprètent ces variations dans l'ensemble des variations métaboliques, oxydo-réductrices, électriques, qui pendant le sommeil conditionnent l'hypoexcitabilité du système nerveux.

Sommeil et veille sont considérés comme l'expression de deux phases anaboliques et cataboliques du métabolisme.

L. Fromenty.

Dosage électrophorétique des albumines du liquide céphalorachidien chez 13 épileptiques, par P.-G. Lévi et C. Lenti. (*Neuropsychiatria* (Gênes), 11[e] année, fasc. 3).

Ils ont constaté une diminution de la valeur moyenne de l'albumine, une augmentation de la valeur moyenne des gamma-globulines, une diminution du rapport albumine-globuline.

Des variations parallèles ont été trouvées dans les albumines sériques.

L. Fromenty.

Modifications de la courbe artérielle oscillométrique à la suite du choc acétylcholinique (méthode de Fiamberti), par L. Biarci et P. Rouco. (*Neuropsychiatria,* Gênes, 11[e] année, fasc. 3).

D'après les auteurs, l'injection intraveineuse d'acétylcholine diminue la pression artérielle et augmente l'indice oscillométrique.

L. Fromenty.

La tétracycline peut-elle franchir la barrière hémato-méningée chez l'homme, par Bisio. (*Neuropsychiatria* (Gênes), XI[e] année, fasc. 3).

Après absorption orale et intraveineuse, l'auteur a dosé la tétracycline dans le liquide céphalo-rachidien. Il l'y a trouvée, après quelques heures, quinze fois plus concentrée que dans le sang.

L. Fromenty.

Émotions et système vaso-moteur périphérique. Revue des travaux antérieurs, par Brian Ackner (*Journal of psychosomatic research*, 1956, I, 1, pp. 3-20).

Dans cette étude préliminaire, l'auteur envisage tout d'abord les méthodes de mesure de l'activité vaso-motrice périphérique chez l'homme : méthodes thermiques, phlétysmographiques, et étudie leurs possibilités d'application à l'étude des sujets présentant des troubles émotionnels. Après avoir rappelé les données physiologiques concernant le mécanisme de la réponse vaso-motrice aux stimuli physiques et émotionnels, il entreprend un exposé des divers facteurs pouvant influencer l'étude de la vaso-motricité périphérique. Une importante étude critique des travaux antérieurs concernant l'influence des émotions sur le système vaso-moteur cutané, les réponses vaso-motrices émotionnelles au cours de diverses maladies somatiques ainsi que dans les affections névrotiques et psychotiques, termine cet article, complété par une fort importante bibliographie.

R. Ropert.

Situations vitales, comportement, attitudes, émotions, et excrétion rénale du liquide et des électrolytes. Méthodes d'étude, par W.-W. Schottstaedt, W. J. Grace et H. G. Wolff. (*Journal of Psychosomatic Research*, 1956, I, 1, pp. 75-83).

Etude préliminaire portant sur cinq sujets étudiés dans leurs conditions normales d'activité et recevant leur régime alimentaire normal. D'importantes variations de l'excrétion rénale de l'eau et des électrolytes ont été observées. Le champ de ces variations s'est montré identique quelle que soit l'importance des apports alimentaires. La plupart des fluctuations observées n'ont pu être nettement mises en relation avec des changements dans l'absorption de l'eau, du sodium, ou du potassium, avec l'activité ou le sommeil, non plus qu'avec l'interaction de ces différents facteurs.

R. Ropert.

Contribution expérimentale à la thérapeutique des encéphalites tuberculeuses expérimentales chez le cobaye (Contributo sperimentale alla terapia delle encefaliti tubercolari sperimentali nella cavia), par Vincenzo Floris, Domenico Merigliano et Cristoforo Morocutti (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 1, janvier-février 1956, p. 73-87).

Les auteurs ont recherché les effets de la streptomycine associée à la substance nerveuse chez des cobayes inoculés avec des bacilles tuberculeux virulents de la souche H. 522, à la dose de 0 mgr. 1 et par voie intra-cérébrale. Ils ont employé dans ce but trois groupes de cobayes de dix animaux chacun. Le premier groupe a servi de contrôle ; le deuxième a été traité par 30 mgr. de streptomycine injectés tous les jours, en intra-musculaire ; le troisième groupe d'animaux a été traité par la même dose d'antibiotiques émulsionnée avec la substance nerveuse homologue. Les animaux du premier groupe moururent dans les quinze jours après l'inoculation ; ceux de la deuxième série dans le premier mois. Enfin, ceux du troisième groupe ne moururent qu'entre le troisième et le sixième mois et l'examen histologique montra un tableau de méningo-encéphalite avec prédominance de lésions productives. Les auteurs

pensent que la survie plus longue est due à une meilleure action thérapeutique, la substance nerveuse se comportant comme un véhicule par un chimiotropisme organo-spécifique. Treize figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Recherches corticographiques sur l'épilepsie réflexe par excitations afférentes d'Amantea (Ricerche corticografiche sull' epilessia reflessa de eccitamenti afferenti di Amantea), par Eugenio Ferrari (de Sienne). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 58-65).

Succédant à d'autres recherches faites chez le chien soumis à la méthode des excitations afférentes d'Amantea, et qui étudiaient la prédisposition à l'épilepsie réflexe, la présente série d'expériences vise à la définition des modifications produites par la morphinisation générale sur l'activité électrique corticale du chien. Il semble possible de différencier l'effet prédisposant de l'effet convulsivant. Chez l'animal morphinisé préalablement, les caractéristiques de diffusion de l'activité bioélectrique convulsive au niveau du cortex sont peu différentes, sauf au premier stade de l'expérience d'Amantea. Quelques comparaisons sont faites avec les travaux d'autres auteurs. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Variations du seuil de convulsivité étudiées par la méthode de la stimulation photo-cardiazolique dans la catatonie périodique (Variazoni della soglia di convulsività studiata con il metodo della stimolazione foto-cardiazolica nella catatonia periodica), par Ernesto Failla et Eugenio Ferrari (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 66-78).

Les auteurs passent en revue les rapports cliniques électro-encéphalographiques et étiopathogéniques entre épilepsie et catatonie. Puis ils exposent les recherches effectuées pour examiner le seuil de convulsivité, par la méthode de la stimulation photo-cardiazolique, dans un cas de catatonie périodique. Se basant sur les résultats obtenus, qui montrent un abaissement notable du seuil dans les périodes catatoniques, les auteurs rappellent la conception suivant laquelle il existe d'étroites corrélations entre les formes catatoniques de la schizophrénie et l'épilepsie. On peut admettre l'existence d'un facteur catatonigène qui sensibiliserait le sujet à l'égard de facteurs épileptogènes concomitants. Il n'y a pas d'opposition directe entre schizophrénie et mal comitial. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Application des ondes ultra-sonores sur le crâne de lapins vaccinés par voies intraveineuse et sous-arachnoïdienne (Applicazioni di onde ultrasonore sul cranio di conigli vaccinati per via endovenosa e sub aracnoidea), par G. Tinelli, Giovanni Carrieri et Ciro Di Gennaro (de Bari). (*Il cervello*, 32e année, n° 3, 15 mai 1956, p. 221-228).

Les auteurs ont étudié l'influence des ultra-sons sur la variation du pouvoir agglutinant du sérum et du liquide céphalo-rachidien de lapins vaccinés par voies intraveineuse et méningée. Chez les lapins traités avec le

vaccin antityphique par voie intraveineuse, on n'a pas trouvé la présence d'agglutinine. Au contraire, un taux élevé d'agglutinine a été observé chez les lapins, dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, après vaccination par voie méningée. Chez les lapins traités quotidiennement par les ultra-sons, le taux est plus élevé ; par contre, les incidents sont plus fréquents : paralysie du train postérieur en particulier. Le décès des animaux survient avant la fin des expériences. Au point de vue histologique, c'est seulement chez les lapins vaccinés par voie méningée que l'on rencontre des altérations inflammatoires à type prolifératif et infiltratif. Ces altérations ont été plus importantes et diffuses après application quotidienne d'ultra-sons (deux watts par centimètre carré, avec une fréquence de 3.000 kilocycles, pendant trois minutes). Les ultra-sons doivent agir en provoquant une stimulation du système réticulo-histiocytaire local du système nerveux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur quelques altérations histologiques cérébrales par introduction sous-arachnoïdienne de toxine tétanique chez des lapins vaccinés par la même voie (Su alcune alterazioni istologiche cerebrali da introduzione subaracnoidea di tossina tetanica in conigli vaccinati per la stessa via), par Giovanni Carrieri (de Bari). (*Il cervello*, 32e année, n° 3, 15 mai 1956, p. 229-237).

L'auteur étudie le comportement de la microglie et les différences de comportement du tissu nerveux en face de l'introduction sous-arachnoïdienne de toxique tétanique chez des animaux vaccinés par voies méningée ou sous-cutanée et non vaccinés. Chez tous les animaux sont rencontrées des lésions infiltratives et prolifératives des méninges, spécialement au niveau de la base. Au niveau de la microglie, on trouve une altération de type clasmato-dendrosique dans les couches superficielles du cortex, où s'observent des altérations dégénératives des cellules nerveuses. La donnée la plus intéressante est que, chez les animaux vaccinés par voie sous-arachnoïdienne, à la différence des autres, il y a une exsudation lymphocytaire au sein de la substance cérébrale. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des interrelations fonctionnelles thalamo-corticales (Contributo alla conoscenza delle interrelazioni funzionali talamo-corticali), par C. Serra et A. Scoppa (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 10-19).

Après avoir rappelé les relations anatomiques thalamo-corticales et les liaisons fonctionnelles existant entre ces deux territoires, les auteurs décrivent les résultats obtenus par eux dans un groupe de sujets auxquels ils avaient injecté par voie veineuse une substance particulièrement connue pour son action sur le thalamus. Il s'agit de l'atophanyl, qui provoque un blocage de la couche optique. Une normalisation du tracé a été obtenue ainsi, là où l'électro-encéphalogramme montrait des dysrythmies de type épileptique. Il semble possible d'admettre que le thalamus intervient dans la manifestation de la crise convulsive épileptique. Et cela, par deux modalités : une

anatomique représentée par les connexions thalamo-corticales, l'autre biologique, répondant à des variations ioniques du sérum et tout particulièrement du potassium. Reproductions d'électro-encéphalogrammes en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Action de diverses vitamines sur l'excitabilité corticale et sur la convulsivité de chiens explorés par la méthode d'Amantéa (Azione di vitamine diverse sulla eccitabilità corticale e sulla convulsività dei cani esplorati con la metodica di Amantea), par G. A. Buscaino et F. Pasolini (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 20-57).

Chez le chien, 108 expériences ont été faites, pour déterminer les modifications d'excitabilité des centres sensitivo-moteurs et de la convulsivité, à la suite de l'application au cortex cérébral et des injections intraveineuses de doses importantes de diverses vitamines. L'emploi des vitamines B1, B2, E, F et K, d'acide pantothénique et d'acide folique ne semble avoir aucun effet sur le seuil de stimulation du cortex, ni par application directe sur le cortex, ni par voie intraveineuse. Par la méthode d'Amantea, ne se voit aucun symptôme de clonies, aucune convulsion généralisée. Lors de l'application corticale ou de l'administration intraveineuse de vitamines A et B6, lors de l'emploi de vitamine D (sur le cortex), de vitamines C et PP (en intraveineuses), il y a une augmentation de l'excitabilité, mais ni clonies, ni convulsions. La vitamine B12 donne une légère augmentation de l'excitabilité centrale, pouvant aussi déterminer des clonies fréquentes. Cependant, la stimulation périphérique n'a jamais donné lieu à des crises convulsives. L'apparition des clonies (chez tous les chiens) et des crises convulsives généralisées (chez les chiens prédisposés) succède à l'application corticale d'acide paraaminobenzoïque. Ce dernier corps, cependant, n'a pas abaissé le seuil de stimulation du cortex, mais a donné naissance à une tendance presque paradoxale à l'excitabilité accrue chez beaucoup d'animaux. Le même phénomène a été noté lors de l'injection intraveineuse. Etant donné qu'on a administré des doses importantes de chaque vitamine, les auteurs ne croient pas que les modifications observées soient dues à l'action propre des vitamines, c'est-à-dire au fait que l'équilibre des fonctions physiologiques de l'organisme a été préservé par l'action de ces substances dans les systèmes enzymatiques qui contrôlent les réactions métaboliques fondamentales. Il s'agit plutôt d'une action réellement pharmacodynamique variant pour chaque vitamine et dépendant des doses utilisées. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude de la protidémie avec la méthode électrophorétique dans le sérum sanguin des schizophrènes (Studio della protidemia col metodo elettroforetico nel siero di sangue di schizofrenici), par Franco Pasolini (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 104-110).

La recherche de la protidémie par l'électrophorèse a été faite chez quarante schizophrènes. Dans l'ensemble, la valeur moyenne de l'albumine chez ces malades subit une légère diminution. La valeur des globulines alpha 1

est deux fois plus forte que chez les sujets normaux. Le taux des séro-globulines alpha 2 est également augmenté. Quant aux globulines bêta, leur proportion est sensiblement la même que chez les sujets sains. Reproduction des enregistrements électrophorétiques.

V.-J. Durand.

Etude de la protidémie avec la méthode électrophorétique dans le sérum sanguin des épileptiques (Studio della protidemia col metodo elettroforetico nel siero di sangue di epilettici), par Franco Pasolini et Giulio Dede (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 111-117).

Des recherches de la protidémie par électrophorèse ont été faites chez 60 épileptiques. Il y eut 20 déterminations pré-accessuelles, 20 en période intervallaire, 20 en phase post-accessuelle. Dans le premier cas, il y a tendance à l'inversion du rapport albumine-globuline ; dans le deuxième, augmentation de l'albumine ; enfin, dans le troisième, retour à la normale avec élévation du taux de l'albumine. Ces résultats ne concordent pas avec ceux obtenus par d'autres chercheurs. Protéinogrammes.

V.-J. Durand.

Recherches sur l'emploi de radiophosphore chez l'homme. Sur le passage du phosphore inorganique marqué avec P 32 du sang dans le liquide céphalo-rachidien (Ricerche con l'impiego di radiofosforo nell' uomo. Sul passagio del fosforo inorganico marcato con P 32 dal sangue nel liquido cefalo-rachidiano), par G. Dal Santo, S. Campus et P. Dettori (de Sassari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 125-130).

Une dose faible de phosphore inorganique administrée par voie intraveineuse et marquée par le radiophosphore (P 32) passe dans le liquide céphalo-rachidien et atteint au bout de quatre heures la concentration maximale. Après, la concentration diminue. Vingt-quatre heures après l'injection intraveineuse, il demeure encore dans le liquide céphalo-rachidien une quantité dosable de radiophosphore. Graphiques.

V.-J. Durand.

Observations sur les modifications liquidiennes à la suite de l'autohémorachie expérimentale (Osservazioni sulle modificazioni liquorali in seguito ad autoemorachide sperimentale), par G. A. Buscaino et G. Dede (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 157-190).

Les auteurs rappellent tout d'abord les recherches précédentes sur les modifications du liquide céphalo-rachidien produites par le mélange avec le sang du malade. Puis, ils rapportent les résultats obtenus en examinant le liquide céphalo-rachidien normal, quinze minutes, une heure, deux heures, vingt-quatre heures, quarante-huit heures, quinze jours, après l'introduction sous-arachnoïdienne d'auto-sang chez des sujets atteints de schizophrénie et d'oligophrénie. Ils discutent alors les mécanismes cliniques et biologiques

responsables des variations notées et concluent en soulignant les modifications les plus importantes du liquide céphalo-rachidien. A leur avis, ces modifications peuvent contribuer au diagnostic différentiel entre hémorragie sous-arachnoïdienne dite spontanée et épanchements sanguins sous-arachnoïdiens par processus méningo-encéphalitiques hémorragiques. Vingt cas sont décrits, les données numériques étant rapportées dans des tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Nouvelles recherches sur le thème des toxicoses aminiques chez les schizophrènes. Données sur le sérum sanguin (Nuove indagini in tema di tossicosi aminiche in schizofrenici. Dati sul siero di sangue), par V. M. Buscaino, D. Kemali et R. Balbi (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 11e année, n° 1, janvier-février 1956, p. 209-214).

Il est possible de démontrer la présence, dans le sérum sanguin des schizophrènes, de diverses substances à noyau indolique. Ce substances n'ont pas été retrouvées dans un groupe-témoin (sujets normaux ou atteints de maladies nerveuses périphériques). Il semble que les corps observés soient des substances aminiques à noyau oxyindolique, d'une indolamine, d'acide hydroxyindolacétique, de dérivés oxyindoliques, d'indol, d'acide indolacétique et de scatol. Tableaux et figure.

V.-J. Durand.

Le comportement des lipides hématiques et hépatiques en relation à l'engourdissement (Il comportamento dei lipidi ematici ed epatici in relazione all' assideramento), par G. Amelotti (de Gênes). (*Medicina legale e delle assicurazioni*, vol. 3, fasc. 4, 1955, p. 259-272).

L'auteur passe en revue les modalités de la thermogénèse et de la thermolyse chez les mammifères, en envisageant surtout leur contrôle endocrinien. Quelques propositions sont faites pour interpréter le comportement des mécanismes de défense de l'organisme contre le froid, en rapport avec les phénomènes de distribution des lipides suivant les modalités évolutives du syndrome général d'adaptation de Sélye. L'auteur étudie les valeurs de la lipémie et des lipides hépatiques, au cours de la réfrigération chez le rat. Il remarque leur augmentation quand la mort par le froid survient au-dessus de zéro, tandis que les taux sont à peine augmentés ou normaux quand la température est à zéro ou au-dessous. En plus de l'intérêt médico-légal, ces questions présentent actuellement une importance particulière à cause de l'intervention dans le mécanisme biologique d'adaptation de l'organisme aux basses températures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Méthode complexe pour l'étude de l'activité nerveuse supérieure chez l'homme, par A. Kreindler, Gh. Dabija, I. Poilici et A. Fradis. (*Revue des sciences médicales*, Bucarest, t. 1, n° 1, 1956, p. 94-119).

Pour étudier l'activité nerveuse supérieure chez l'homme, les auteurs ont employé une méthode complexe, associant trois techniques : celle des

réflexes vaso-moteurs pléthysmographiques (utilisée avec succès par Rogov et par Pchonik), celle des réflexes conditionnels verbo-moteurs d'Ivanov Smolinski et la technique associative verbo-verbale. Les trois éléments de la méthode permettent d'explorer les trois instances déterminées par Pavlov : la première répondant aux régions sous-corticales, siège des instincts ; la deuxième, formée par le premier système de signalisation, représente la pensée à base d'images, objective, concrète, émotive ; la troisième répond au second système de signalisation : pensée supérieure, spécifiquement humaine, pensée verbale permettant l'abstraction et la généralisation. La recherche peut être faite à plusieurs reprises au cours de la maladie, en particulier dans la névrose asthénique et dans l'épilepsie avec troubles psychiques. 34 figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Recherches olfactométriques sur des sujets d'âge pré-scolaire et chez les psychopathes par la méthode des associations osmo-gustatives, par R. Castello. (*Neuropsychiatria*, 11e année, fasc. 3).

L'enfant ou le psychopathe, pendant qu'ils sucent un bonbon sans saveur, reçoivent dans le nez un parfum dosé électriquement, et dont le sujet manifeste immédiatement la perception.

Mesure du réflexe psycho-galvanique chez un sujet qui, occupé à sucer un bonbon insipide, reçoit sur la pituite une décharge infime de parfum synthétique : méthode ingénieuse et subtile qui permet à l'auteur de chiffrer l'intégration osmo-gustative.

L. Fromenty.

L'adolescence. Y a-t-il un problème de l'adolescence ? Le monde intérieur de l'adolescence. Le monde extérieur de l'adolescence, (Adolescence. Is there a problem of adolescence ? The inner world of adolescence. The outer world of adolescence), par Pierre Rubé (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 3, juillet 1955, p. 503-509, vol. 9, n° 4, octobre 1955, p. 673-691, et vol. 10, n° 1, janvier 1956, p. 87-96).

Au cours de trois articles, l'auteur cherche à préciser certains points de la psychologie de l'adolescence, envisageant successivement : le problème de l'adolescence, le monde intérieur et le monde extérieur propres à cet âge. Il lui apparaît nécessaire de procéder à une réévaluation complète de l'adolescence, période très mal connue, et en particulier d'essayer de voir s'il y a des données émotionnelles spécifiques de cette phase de développement. Définir l'adolescence est une tâche fort difficile. La personnalité de l'adolescent est une personnalité en train de se faire. Il faut à son sujet insister sur l'importance de deux facteurs : la puberté et l'éloignement du milieu parental, ce qui fait que l'adolescence est une seconde naissance. Quelle signification faut-il lui reconnaître ? L'auteur la compare au stade du cocon dans le développement du papillon ; il met en évidence les réactions d'in-

compréhension des adultes, montrant que l'adolescence est une phase d'ambiguïté, de reconstruction souvent difficile à comprendre.

Que faut-il entendre par adolescent normal ? On connaît la variabilité des définitions de la normalité : normalité idéale, normalité statistique. D'autre part, il faut savoir que l'inadaptation d'un adolescent au milieu peut être la conséquence de l'anormalité, soit du sujet, soit du milieu lui-même. Un adolescent normal vivant dans un milieu perturbé est inadapté. A l'adolescence, la rêverie, phénomène normal, revêt une grande importance. Elle peut expliquer certains conflits avec l'adulte, certains fléchissements dans le travail scolaire. Particulièrement importante est la formation de l'image de soi à cet âge, avec processus d'identification aux parents. Différence entre la rapidité de maturation de la libido et la lente maturité sociale. Le désir d'absolu, de perfection ne peut toujours être satisfait à cause des nécessités du réel. A l'adolescent, se pose le problème du choix (profession, mode de vie ultérieur). Différentes réactions sont alors possibles, certaines entraînant des conséquences néfastes.

Il est très difficile à l'adulte de se souvenir avec netteté de son adolescence. Celle-ci constitue ainsi un âge oublié, honteux et étonnant. Dans le développement de l'adolescent, le rôle des parents est capital, leur attitude est très difficile à adopter et à conserver, faite de tact et de mesure. Le point le plus difficile est d'apprécier le moment où il faut laisser l'adolescent libre et autonome. La rébellion des parents, leur incompréhension fréquente peuvent retentir fâcheusement sur le développement de l'adolescent et sur sa vie ultérieure. Le monde à conquérir, la difficulté de la tâche peuvent provoquer chez les adolescents une anxiété parfaitement normale et dont l'action est stimulante. A ce moment, l'adolescent, qui se sentait seul, s'aperçoit mieux de l'existence des autres. Il va chercher à mêler sa voix à la leur.

V.-J. Durand.

Introduction à l'étude génétique des interactions sociales chez l'enfant, par Gérald Noelting. (*Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, vol. 15, n° 1, 1956, p. 34-50).

L'interaction sociale dans de petits groupes a été étudiée chez l'enfant de 2 à 15 ans. La méthode employée comportait l'observation totale de l'activité et de la conversation entre deux ou trois enfants du même âge. Différentes situations expérimentales furent envisagées : jeux de construction avec un matériel varié, jeux à règles précises, représentation de scènes improvisées. L'analyse des résultats porte moins sur le détail des conduites observées que sur les rapports entre divers aspects du comportement de chaque âge. Un langage relationnel est nécessaire pour décrire ces rapports. Il conduit à la recherche des structures en jeu. Une ébauche de développement social de 2 à 15 ans est tentée. Elle s'appuie sur certaines constantes fonctionnelles, comme l'interaction à chaque niveau entre un cadre de régulation et une action coordonnée du groupe. La structure d'interaction s'enrichit d'un niveau à l'autre par élargissement progressif du cadre, d'un côté, et coordination croissante des actions collectives, de l'autre.

V.-J. Durand.

Le test de Rorschach appliqué à 50 Siciliens mineurs dévoyés (Il test di Rorschach applicato a 50 Siciliani minori traviati), par Antonino Lambusta (de Catane). (*Medicina legale e delle assicurazioni*, vol. 3, fasc. 1-2, 1955, p. 1233-1242).

Par l'examen, au moyen du test de Rorschach, de 50 mineurs dévoyés de 11 à 18 ans, au centre de rééducation de Catane, l'auteur a pu faire diverses observations : faible développement intellectuel et culturel avec pauvreté d'imagination, traduit principalement par le bas pourcentage de G + % et de F % ; nombre réduit de réponses ; proportion minime de réponses banales et pourcentage élevé de réponses animales (A %). Au point de vue affectif, dans beaucoup de cas, ont été notées : une affectivité anxieuse avec tendance à la persévération et à l'opposition, une adaptabilité sociale très faible avec tendance à l'impulsivité et à la suggestibilité. Les réactions instinctivo-affectives sont accusées, surtout celles liées à la libido. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le problème de la discipline et des punitions dans la famille et dans les communautés d'enfants (Il problema della disciplina e della punizioni nella famiglia e nelle comunità di fanciulli), par Alberto Giordano (de Rome). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 16, mars-avril 1956, p. 152-157).

Une synthèse critique est présentée par l'auteur de toutes les opinions exprimées par différents psychologues ou psychiatres sur le problème de la discipline et des châtiments. Il faut insister auprès des éducateurs pour qu'ils considèrent toujours le principe de causalité qui est à la base de chaque trouble du comportement. C'est dans cette recherche des facteurs étiologiques et des mécanismes psychologiques que le psychiatre de l'enfance peut apporter son utile contribution. Il ne doit pas s'occuper d'un éventuel choix des punitions. Son but est de comprendre les causes des troubles, pour prévenir leur apparition ou empêcher leur développement, en les privant des motifs qui les alimentent. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à la question de la prosopagnosie (Beitrag zur frage der prosopagnosie), par Rolf Ahrens (de Göttingen). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, n° 1-2, 1955, p. 4-21).

L'auteur a cherché, à partir de l'ontogénèse de la reconnaissance de la physionomie et de la mimique, à tirer des conclusions sur la possibilité de phénomènes prosopagnosiques spécifiques. S'appuyant sur des recherches effectuées chez des enfants, de un mois à six ans, il montre que ce sont d'abord des signes particuliers, ensuite des parties de l'œil, puis les mouvements de la bouche qui font réagir le jeune enfant. L'identification des expressions, au sens de mimique sociale, commence à la fin de la septième année. L'évolution ultérieure se fait vers une signification complète des signes mimiques. Diverses formes jouent dans l'ontogénèse des perceptions optiques un rôle important. A elles correspondent des fonctions indépendantes. Il est nécessaire, d'autre part, de séparer, dans la reconnaissance

physiognomonique, l'observation des mimiques sociales de l'identification des physionomies individuelles et des mimiques complexes. Chez le jeune enfant, le sens visuel des physionomies, reposant sur une vue des structures, est assez facilement perturbé par des causes extérieures. Certains auteurs admettent que des phénomènes agnosiques peuvent apparaître par une atteinte des fonctions hiérarchiquement supérieures (concernant les perceptions et les représentations). En présence d'un cas de phénomènes prosopagnosiques, il faut vérifier jusqu'à quel point d'autres troubles des perceptions peuvent apparaître comme des phénomènes contemporains. Si le sens ancien de la mimique sociale n'est pas atteint, la possibilité d'un trouble spécial doit être admise. On doit reconnaître, pour cette mimique, comme pour certaines formes physiognomoniques primitives, un mécanisme inné, localisable par la topographie cérébrale. D'autres troubles opticognosiques peuvent être invoqués comme causes, s'ils deviennent importants. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La notion d'adaptation en psychologie, par Paul Naudin (de Clermont-Ferrand). (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, année 1956, n° 1, p. 5-15).

En présence des obstacles que lui oppose le milieu, l'individu doit s'adapter. Chez le jeune enfant, déjà, les désirs ne peuvent pas être tous satisfaits. La structure du réel peut l'empêcher. L'enfant doit apprendre alors à renoncer. Pour bien comprendre certains troubles de la conduite, la connaissance du passé du sujet est indispensable et aussi celle du milieu vécu. Celui-ci peut être assez différent de ce qu'il apparaît à première vue à un observateur objectif. L'adaptation psychologique peut se faire de deux façons essentielles : soit sur un plan de qualité inférieure, soit en réalisant des activités de plus haute valeur, comme dans le mécanisme de sublimation des psychanalystes. L'échec peut être alors la source d'une activité authentiquement créatrice.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des maladies mentales par le serpasil, par A.-L. Andreiev Hôpital neuro-psychiatrique n° 1 de Moscou. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 4, p. 294-295, Moscou, 1956).

L'auteur rapporte l'expérimentation organisée et réalisée pour la première fois en Union Soviétique, sous la conduite du Dr Le Guillant, lors d'un récent séjour.

J. Chambon.

Applications des dérivés de la phénothiazine dans la cure de sommeil, par Klein Sorge et Raisner, Polyclinique de l'Université d'Iéna. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 4, p. 296-299, Moscou, 1956).

J. Chambon.

Modifications bio-chimiques au cours de traitements par l'aminazine, par F. I. Skouine, Institut de psychiatrie du ministère de la santé publique de l'U.R.S.S. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, t. 56, fasc. 4, p. 307-310, Moscou, 1956).

L'amélioration de la symptomatologie clinique s'accompagne d'une normalisation du métabolisme protidique, en particulier abaissement du coefficient ammoniacal de l'urine, normalisation du rapport azoturique, augmentation du taux de formation de l'urée. La plupart du temps, la réaction de Buscaino-Kinbarovski est diminuée, ce qui témoigne d'une disparition des phénomènes toxiques. Amélioration du coefficient d'oxygénation par baisse du taux d'oxygène libre de l'urine. Chez les schizophrènes, sous l'effet du traitement par l'aminazine, au même titre que sous l'effet de la cure de sommeil et de l'insulinothérapie, on voit baisser le taux d'azote total et d'azote résiduel dans le sang, ce qui exprime l'accentuation des processus de fermentation du métabolisme protidique.

J. Chambon.

De la chlorpromazine dans le traitement des maladies mentales. Complications et rechutes, par H Denker et E. Bird (*The American Journal of Psychiaty*, vol. 112, n° 6, décembre 1955, p. 464).

Sur 1.300 malades traités, 18 (1,3 %) furent atteints de jaunisse, qui disparut entre sept jours et six semaines après suppression du médicament. Quand cette complication persiste plus longtemps, il faut suspecter une maladie du foie ; c'est ce qui fut constaté chez trois sujets. 85 malades (6,5 %) présentèrent des symptômes parkinsoniens. Les doses de chlorpromazine ont varié de 300 mgr. à 600 mgr. et même à 900 mgr. chez deux malades, par jour. Des produits antiparkinsoniens ont été donnés pendant le traitement. Chez 54 malades (4,1 %), une éruption cutanée apparut, plus fréquente au cours du deuxième ou troisième mois de traitement. Comme autres complications, on nota des crises convulsives, des crampes abdominales, de l'œdème de la face et des membres inférieurs, de l'hypotension, de la tachycardie, de la fièvre, de la constipation, de l'épistaxis, de la diarrhée, et, chez deux sujets, une leucopénie. Les rechutes, après suspension de la chlorpromazine, indiquent que chez les malades chroniques le traitement doit être continué pendant plus de sept mois.

L. Marchand.

Etranglement d'une hernie diaphragmatique comme complication d'électrochocthérapie, par B. Rioux et A. Gralnick. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 6, décembre 1955, p. 466).

Une femme de 72 ans est atteinte de hernie diaphragmatique constatée radiologiquement six mois avant son hospitalisation. Atteinte d'un état dépressif sévère, elle est soumise à un premier électro-choc. Après une apnée longue elle reprend conscience, se plaint d'une douleur épigastrique et présente des vomissements. On constate alors que la hernie diaphragmatique s'est étranglée sous l'influence des contractions abdominales. L'injection intraveineuse d'un stimulant respiratoire rétablit l'état normal (une radiophotographie).

L. Marchand.

Effets psychologiques de la cortisone dans l'excitation aiguë catatonique, par W. S. Wiedorn. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 112, n° 6. décembre 1955, p. 457).

Certains auteurs ont trouvé que l'A.C.T.H. et la cortisone n'avaient aucune valeur dans la schizophrénie ; d'autres, au contraire, ont été d'un avis opposé. Les traitements n'ont été effectués que chez des malades atteints d'une affection mentale chronique. L'auteur a essayé ce traitement dans un cas aigu. Il s'agit d'une femme de race noire, âgée de 22 ans, qui est opérée pour une lésion rénale causée par une blesssure accidentelle par arme à feu. Le douzième jour après l'intervention chirurgicale, elle est atteinte d'une agitation aiguë catatonique. Sous l'influence de fortes doses de cortisone (100 mgr. par jour), elle devient moins anxieuse, moins opposante, mieux orientée, prend conscience de son état, du milieu où elle se trouve, et un traitement psychothérapique peut être appliqué.

L. Marchand.

Traitement des désordres mentaux par le sommeil prolongé. Considérations psychopharmacologiques, par H. Azima. (*The Journal of Mental Science,* vol. 101, n° 424, juillet 1955, p. 593).

L'auteur présente une méthode de sommeil prolongé se rapprochant d'un sommeil normal physiologique. Elle combine trois barbiturates réagissant à trois périodes différentes du sommeil de telle façon qu'un produit vient se substituer à un autre dès que celui-ci a terminé son action ; ce sont le seconal, le nembutal, le barbital ou phénobarbital. A ces trois produits est ajoutée la chlorpromazine (largactil) comme potentialisateur. La durée de sommeil est de 20 heures par jour et le traitement est de 26 jours. Le traitement fut appliqué à huit schizophrènes, deux maniaques-dépressifs, trois obsédés-impulsifs, neuf cas de psycho-névroses, deux hystériques et un caractériel névrotique. La guérison fut obtenue dans 60 % des cas. On nota peu de complications ; deux éruptions transitoires, des crises convulsives dans deux cas, une pneumonie. L'auteur énumère les syndromes qui doivent être traités par cette méthode et il discute les théories du sommeil.

L. Marchand.

L'électronarcose. Numéro spécial de la revue "Névrasse" revue italienne bimensuelle de physiopathologie et de clinique du système nerveux. Dir. : prof. E. Broggi, hôp. prov. de neuropsychiatrie de Vercelli (Italie), 1955, n° 1, 256 p.

Ce numéro, qui réunit les communications présentées au colloque qui s'est tenu à Vercelli le 14 octobre 1950 sur ce sujet, est particulièrement riche en études sur les effets des diverses modalités de courants électriques sur le cerveau humain et des divers appareils italiens destinés à les utiliser. En voici les titres :

E. Broggi. — Premiers résultats de l'électronarcose dans les psychoses.

Luigi Cabitto. — L'électronarcose, technique et résultats thérapeutiques.

Cabitto et Buscaglia. — Le glissando automatique dans l'électronarcose.

Vergani, Rech et Garavaglia. — Résultats tardifs de l'électronarcose en *psychiatrie.*

Buscaglia. — 1. Recherches expérimentales sur la résistance électrique du crâne humain. — 2. Emploi pour l'électronarcose de courants alternatifs de haute fréquence en forme d'onde rectangulaire. — 3. Un nouvel appareil d'électrochoc et d'électronarcose.

Goria et Santone. — Essais de narco-analyse pendant le réveil après électronarcose.

Arian et Vita. — Observations ophtalmologiques pendant l'électronarcose.

E. Arian. — L'action de l'électronarcose sur la pression artérielle.

Mario Cattanéo-Sforza. — Importance de la découverte de l'anesthésie faradique et de l'électronarcose en chirurgie.

Gallian et Gamma. — L'électronarcose dans les états confusionnels.

G. Treves et G. Coda. — Technique, effets, indications de l'électronarcose.

Mario Bonino. — L'utilisation de l'électronarcose dans l'anesthésie générale.

Bruno Riboli. — Les courants alternatifs à faible ampérage en électrothérapie transcérébrale.

N. Balestrazzi. — 1. Etats confusionnels de l'électronarcose. — 2. Un cas de psychose traumatique traitée par électronarcose.

A. Vanelli. — Considérations sur l'électronarcose.

M. Zaccala. — La diurèse dans l'électronarcose.

V. Petri. — La pression du liquide céphalo-rachidien dans

P. Dogliani. — Variations de la cholestérolémie après électrochocs ou électrothérapie.

Baldassare Buffa. — La glycémie dans l'électronarcose.

Ronco Primino. — 1. Le système nerveux végétatif dans l'électronarcose. — 2. Courbe glycémique durant l'électronarcose.

C. Franchini. — L'association de l'électronarcose et de la cure de Sakel dans la schizophrénie.

Fasano-Sicuro-Baggiore-Bertini. — Modifications de la circulation cérébrale chez le chien, étudiée par angiographie sous électronarcose.

G. Gamma. — Catatonie ancienne guérie par électronarcose.

Baldassare Buffa. — Electronarcose et psychoses.

E. Zerbini. — Electrochoc à bas ampérage.

Broggi. — Abondante bibliographie de la question.

L. Fromenty.

Modifications électro-encéphalographiques et cliniques chez les épileptiques traités pendant un an par iodo-thérapie sous-arachnoïdienne, par C. Crosa, D. Ferrari et M. Zucchi. (*Neuropsichiatria,* Gênes, 2e année, fasc. 3).

Les médecins de l'hôpital psychiatrique provincial de Gênes, sous la direction du professeur de Giacomo, ont traité des épileptiques graves, chroniques, par l'injection intra-rachidienne de triode.

Sur 18 cas contrôlés, raréfaction des crises : 8 cas ; augmentation : 3 ; sans changement : 6.

Sur 27 cas soumis à des électro-encéphalogrammes de contrôle : 11 ont vu les tracés se normaliser, 5 s'aggraver, 11 sans changement. Les tracés sont publiés et commentés dans l'article.

L. Fromenty.

L'état actuel de la mise en œuvre de la psychothérapie de groupe à l'hôpital psychiatrique, par M. Viviano. (*Neuropsichiatria*. Année XI, fasc. 3).

L'auteur décrit le passage de l'ergothérapie individualisée à l'intégration progressive du convalescent dans un groupe social de plus en plus vaste.

L. Fromenty.

Traitement par l'azote (Tratamento pelo azoto), par Hans Rudolf Duemichen (de Heidelberg). (*Revista Brasileira de Saúd Mental*, 1re année, n° 1, 1955, p. 165-169).

L'auteur décrit la méthode de traitement de certains troubles mentaux par l'inhalation d'azote, au moyen d'un masque. En moyenne, vingt-cinq séances sont nécessaires. Elles doivent être rapprochées, même biquotidiennes. Ce procédé, correctement appliqué, n'expose pas à des incidents. L'efficacité est particulièrement marquée dans la psychose maniaque-dépressive ; la schizophrénie est une indication bien moins bonne. L'auteur pense que le traitement par l'azote pourrait remplacer l'électro-choc dans d'assez nombreux cas.

V.-J. Durand.

Traitement de l'hyperthyréose par l'iode radioactif, par A. Vannoti (de Lausanne). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 323, 30 mars 1956, p. 119).

Se basant sur l'affinité élective de l'iode pour la glande thyroïde, le traitement de l'hyperthyréose par l'iode radioactif (I 131) a prouvé son efficacité. La technique d'emploi de cette méthode est maintenant bien codifiée. Il faut signaler, au point de vue de l'activité, l'absence de toute manifestation d'hyperhypophysie, ce qui contraste avec ce qui s'observe avec les antithyroïdiens de synthèse et après thyroïdectomie. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas de goitre exophtalmique diffus (Basedow), tandis que les thyréotoxicoses d'un goitre adénomateux nodulaire, les goitres exophtalmiques secondaires et les adénomes toxiques répondent moins favorablement au traitement.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois d'octobre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 octobre 1956*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La séance supplémentaire du mois de novembre de la Société médico-psychologique, séance clinique réservée aux présentations, aura lieu le lundi *12 novembre 1956*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'honneur

Au grade d'*Officier :*

M. le D[r] Chatagnon (Pierre-Adolphe-Henri), médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine à Neuilly-sur-Marne, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

(*J.O.* du 7-8-1956, p. 7556).

Au grade de *Chevalier :*

M. le D[r] Doussinet (Pierre), médecin des hôpitaux psychiatriques de Clermont-Ferrand, membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

M. le D[r] Paillas (Jean-Eugène), docteur en médecine, professeur à la clinique neuro-chirurgicale de la faculté de médecine de Marseille ;

M. Charon (Pierre-Jean), chirurgien-dentiste à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

(*J.O.* du 7-8-1956, p. 7556 et 7557).

Nominations dans l'Ordre de la Santé publique

Au grade d'*Officier :*

M. le D[r] Dublineau (Jean), médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, membre du conseil permanent d'hygiène sociale, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. Graulle (Benjamin), directeur administratif du centre psychiatrique Sainte-Anne, Paris.

(*J.O.* du 11-8-1956).

Au grade de *Chevalier :*

M. le Dr Archaimbault (Jacques), médecin-radiologue au centre psychiatrique Sainte-Anne, Paris ;

M. le Dr Boittelle (Georges), médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

Mlle le Dr Cullerre (Elisabeth), médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

Mme Duchemin (Marcelle), administrateur civil à la préfecture de police, Paris ;

M. Gautier (Jean), pharmacien en chef à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le Dr Lafon (Jean), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine), membre correspondant national de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Menuau (Pierre), médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise), membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le Dr Raucoules (Paul), médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Mont-de-Marsan (Landes).

(*J.O.* du 11-8-1956).

Nominations

M. le Dr Mareschal, mis à la disposition du ministre des affaires étrangères pour exercer les fonctions de médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Manouba (Tunisie), est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de la Chartreuse, à Dijon (Côte-d'Or), en remplacement de M. le Dr Lauzier, appelé à d'autres fonctions ;

M. le Dr Fournial (Paul), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac-sur-Garonne (Gironde), en remplacement de M. Fernandez, appelé à d'autres fonctions ;

L'arrêté du 11 octobre 1955 portant nomination de M. le Dr Gambs (Albert), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Lommelet (Nord), en remplacement de M. le Dr Bernard, est rapporté ;

M. le Dr Gambs est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le Dr Bécache, appelé à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 21-7-1956, p. 6766).

M. le Dr Guibert (Michel), médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier, est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique faisant fonction d'établissement public de Saint-Lô (Manche), en remplacement de M. le Dr Rougean, décédé ;

M. le Dr Perrot, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac-sur-Garonne (Gironde), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon (Gironde) (poste créé).

(*J.O.* du 21-8-1956).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc) ;

Un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sidi-Chami (banlieue d'Oran, Algérie) est envisagé. Le poste ne sera effectivement vacant qu'en fin d'année 1956.

(*J.O.* du 14-7-1956, p. 6535).

Un poste de médecin-assistant est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, du centre psychiatrique Sainte-Anne à Paris.

(*J.O.* du 18-7-1956, p. 6629).

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

(*J.O.* du 28-7-1956, p. 7081).

Un poste de médecin-directeur, créé à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines.

(*J.O.* du 3-8-1956, p. 7336).

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-assistant à l'hôpital Henri-Rousselle (centre psychiatrique Sainte-Anne) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Bégard (Côtes-du-Nord) (poste créé) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées) (poste créé) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie) (poste créé) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Cayssiols (Aveyron) (poste créé).

(*J.O.* du 21-8-1956, p. 8039).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à dater de la publication des présents avis, au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Deux postes d'internes sont vacants à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin). S'adresser au directeur.

Un poste de pharmacien-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

(*J.O.* du 28-7-1956, p. 7081).

Peuvent faire acte de candidature les pharmaciens inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de pharmacien des hôpitaux et hospices publics des grands centres sanitaires et aux fonctions de pharmacien-chef des autres établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

Les demandes seront reçues dans le délai d'un mois, au secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population (direction de l'administration générale du personnel, du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Chaque demande devra être accompagnée : 1° d'un *curriculum vitæ* ; 2° d'une notice énumérant les titres hospitaliers et universitaires du candidat.

Avis de concours

Un concours sur titres en vue de la nomination d'un médecin-assistant au service de neuro-chirurgie du centre psychiatrique Sainte-Anne sera ouvert le 17 octobre 1956.

Inscription jusqu'au 25 septembre inclusivement, à la direction des affaires sociales, sous-direction des établissements hospitaliers et charitables, 1er bureau, place de l'Hôtel-de-Ville, n° 9, porte 207, de 16 heures à 18 heures (samedi après-midi et fêtes exceptés). Renseignements à l'adresse ci-dessus.

Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'une assistante sociale à l'hôpital psychiatrique départemental des Basses-Pyrénées.

Peuvent faire acte de candidatures les personnes titulaires du diplôme d'assistante sociale, âgées de 25 ans au moins et de 35 ans au plus au cours de l'année 1956, cette limite d'âge étant toutefois susceptible d'être reportée d'une durée égale à celle des services antérieurs valables ou validables pour la retraite, ainsi que dans les conditions prévues par l'article 162 du décret du 29 juillet 1939.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au directeur de l'établissement, avenue du Général-Leclerc, à Pau, avant le 1er septembre 1956, accompagnées des pièces suivantes : fiche d'état civil, extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois ; copies certifiées des diplômes, brevets ou certificats dont la candidate est titulaire ; *curriculum vitæ* indiquant notamment la durée et la nature des fonctions exercées depuis l'obtention du diplôme ; certificat délivré par un médecin assermenté, constatant que la candidate est apte à remplir ses fonctions et notamment qu'elle ne présente aucun signe d'affection tuberculeuse, cancéreuse ou mentale.

(*J.O.* du 10-7-1956, p. 6416).

Mutations

Par arrêtés en date du 4 juillet 1956 :

M. Martinerie, économe à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), est muté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. Parison ;

M. Parison, économe à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est muté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), en remplacement de M. Martinerie.

(*J.O.* du 12-7-1956, p. 6463).

Hôpitaux psychiatriques et sanatoriums dont les internes, nommés au concours, sont dispensés des stages afférents de 5e et 6e années.

La liste des hôpitaux psychiatriques et des sanatoriums dont les internes nommés au concours sont dispensés des stages afférents aux 5e et 6e années d'études médicales est complétée ainsi qu'il suit : région sanitaire de Nancy (Meuse) ; hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources.

(*J.O.*, 20-6-1956).

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1956 (4e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 89.756. — 1956